



REGIONE DEL VENETO - A. U.L.S.S. n° .....

UNITÀ VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE DISTRETTUALE | | | | | | | |

**S. V A. M. A.**

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane

(strumento per l'accesso ai servizi di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati)

**CARTELLA**

Sig./ra .....

data di nascita | | | | | | | |

tessera sanitaria | | | | | | | | | | es. ticket | | | | | | | | | | codice fiscale | | | | | | | | | | | | | |

**Residenza:** via .....

Tel.....

Comune ..... Prov.  
| | |

Distretto Socio-Sanitario | | | | | | | |

**Domicilio** (se diverso dalla residenza): via

.....

Comune ..... U.L.S.S. n° .....

**Medico curante:**..... **Tel.:**.....

**Assistente sociale:**..... **Tel.:**.....

**Persona di riferimento:**..... **Tel.:**.....

Cellulare:..... grado di parentela .....

Via ..... Comune

.....

**VALUTAZIONE IN SEDE U.V.M.D.****NECESSITÀ di ASSISTENZA SANITARIA**

|                                                                                                                              |                                                           |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--|
| <b>ASSISTENZA INFERMIERISTICA</b>                                                                                            | <b>(vedi scheda "Valutazione Sanitaria")</b>              |  |
| <b>VIP</b>                                                                                                                   |                                                           |  |
| <b>PREVENZIONE - TRATTAMENTO DECUBITI</b>                                                                                    | <b>(vedi scheda "Valutazione Cognitiva e Funzionale")</b> |  |
| <b>VPIA</b>                                                                                                                  |                                                           |  |
| <b>POTENZIALE RESIDUO</b>                                                                                                    | <b>(da valutare in U.V.M.D.)</b>                          |  |
| <b>VPOT</b>                                                                                                                  |                                                           |  |
| Poco probabili significativi recuperi di autonomia                                                                           | 0                                                         |  |
| Vi è la possibilità di recuperare l'autonomia fino a punteggio $\leq 3$ 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                                                        |  |
| <b>TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA E RIABILITATIVA</b>                                                                     | <b>VSAN</b>                                               |  |

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

|                                           | <b>SOGGETTO AUTONOMO</b> | <b>SUPPORTO RETE PER SOGGETTO NON AUTONOMO</b> |                                                 |               |
|-------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------|
|                                           |                          | 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            |
| <b>TOTALE RETE SOCIALE</b>                |                          |                                                | <b>VSOC</b>                                     |               |

## PROFILO DELL'AUTONOMIA

### SITUAZIONE COGNITIVA

| PCOG |                              | VCOG |                                                  |
|------|------------------------------|------|--------------------------------------------------|
| 1    | lucido                       |      | Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 0 - 3  |
| 2    | confuso                      |      | Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 4 - 8  |
| 3    | molto confuso<br>o stuporoso |      | Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 9 - 10 |

### DISTURBI COMPORTAMENTALI

| PCOG | problemi comportamentali prevalenti (se presenti indicare nel riquadro a fianco, indipendentemente dal punteggio SPMSQ. Si tratta infatti di un'informazione aggiuntiva alla valutazione cognitiva indicata con PCOG 1, 2 o 3.) |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4    |                                                                                                                                                                                                                                 |

### 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 (pcog + pmob + padl + psan)

| PROF |  | PSOC |
|------|--|------|
|      |  |      |

**VERBALE U.V.M.D.****NOME:****DATA DI NASCITA:** | | | | | | | |**SINTESI DEI PROBLEMI ATTUALI RILEVATI:**

**SULLA BASE DELLA DOCUMENTAZIONE AGLI ATTI E DI QUANTO EMERSO DALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, L'U.V.M.D. PRENDE LE SEGUENTI DECISIONI:**

**La persona viene valutata dall'UVMD non autosufficiente:** **SI'** ☐ **NO** ☐

**CODIFICA PROGETTO ASSISTENZIALE:**

- |                                                                        |                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <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.V.M.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"/> |                       |      |       |

**Il responsabile del caso sarà:****Verifica programmata:** | | | | | | | |☐ attivazione ☐ verifica**DATA:** | | | | | | | |

**TIMBRO E FIRMA DEL  
RESPONSABILE U.V.M.D.**

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

NOME:

|\_|\_|\_|\_|

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

SEDE DI VALUTAZIONE:

|\_|\_|\_|\_|

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

## CENNI ANAMNESTICI - PROBLEMI CRONICI IN ATTO

## TRATTAMENTI IN ATTO:

## ASSISTENZA INFERMIERISTICA

|                                                                                                                                                                                                      | no  | si |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Diabete insulinodipendente                                                                                                                                                                           | 0   | 5  |
| Scompenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico (≥75 mg. Furosemide pro die), alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca) | 0   | 10 |
| Cirrosi scompensata e altre forme di ascite con necessità come sopra elencate                                                                                                                        | 0   | 10 |
| Tracheostomia                                                                                                                                                                                        | 0   | 5  |
| Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al dì)                                                                                                                                            | 0   | 5  |
| Sondino naso-gastrico, gastrostomia (PEG)                                                                                                                                                            | 0   | 10 |
| Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale o terapia infusionale quotidiana                                                                                                            | 0   | 10 |
| Catetere vescicale                                                                                                                                                                                   | 0   | 5  |
| Ano artificiale e/o ureterostomia                                                                                                                                                                    | 0   | 5  |
| Nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine o terapia antalgica con oppioidi che richiede adeguamento della posologia                                                                           | 0   | 10 |
| Ulcere distrofiche agli arti e/o altre lesione della cute chirurgiche, traumatiche, oncologiche                                                                                                      | 0   | 5  |
| TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA                                                                                                                                                                    | VIP |    |

**SENSORIO E COMUNICAZIONE****LINGUAGGIO (COMPRESIONE)**

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

**LINGUAGGIO (PRODUZIONE)**

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

**UDITO (eventualmente con protesi)**

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

**VISTA (eventualmente con occhiali)**

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

**CODIFICA PATOLOGIE - estratto ICPC**

**INDICARE 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 UVMD)**

**MALATTIE GENERALI**

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

**SANGUE / LINFATICI / MILZA**

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

**SISTEMA DIGERENTE**

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

**OCCHIO**

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

**ORECCHIO**

- |                                                                      |                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> H03 Tintinnio / 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 Ipotesione 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 MUSCOLOSCHIELETICO**

- |                                                                           |                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <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 muscoloscheletrico     |

**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 Eemicrania                           |
| <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 Altre malattie pelle / tessuto sottocutaneo |

**SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO E NUTRIZIONE**

- |                                                               |                                                                               |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> T06 Anoressia nervosa / bulimia      | <input type="checkbox"/> T86 Ipotiroidismo / mixedema                         |
| <input type="checkbox"/> T08 Calo di peso                     | <input type="checkbox"/> T87 Ipoglicemia                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>T11 Disidratazione</b>            | <input type="checkbox"/> <b>T90 Diabete mellito</b>                           |
| <input type="checkbox"/> T71 Neoplasie maligne della tiroide  | <input type="checkbox"/> T91 Carezza vitaminica / altro disturbo nutrizionale |
| <input type="checkbox"/> T73 Altre / non spec neoplasie       | <input type="checkbox"/> T92 Gotta                                            |
| <input type="checkbox"/> <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 Altre malattia endocrino metabolica nutrizionale |
| <input type="checkbox"/> T85 Iperitiroidismo / 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 Altre 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 Altre malattie genit masch incl mamm |

**COMPILATORE**

nome:

firma:



## 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 |

**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:

| <b>SITUAZIONE FUNZIONALE</b><br><b>INDICE DI BARTHEL - Attività di Base</b><br><i>(barrare per ogni area un unico punteggio)</i>                                                                                                                                                                                           |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>ALIMENTAZIONE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |
| 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 |
| <b>BAGNO/DOCCIA (lavarsi)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |
| 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  |
| <b>IGIENE PERSONALE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |
| 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  |
| <b>ABBIGLIAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |
| 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 |
| <b>CONTINENZA INTESTINALE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |
| 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 |
| <b>CONTINENZA URINARIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |
| 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 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                            |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <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>MOBILITÀ 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><br>(funzionalmente valida)                                                                                                                                                                                                                                              | <b>USO DELLA CARROZZINA</b><br>(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.                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                            | 15   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 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 MOBILITÀ</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |      |
| <b>VMOB</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                            |      |

**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:



**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-<br>ACCOMPAGNAMENTO |  |
| 2 | SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE (quale?) |  |  | 4 | TELESOCOCCORSO              | 7 | IGIENE DELLA CASA             |  |
|   |                                    |  |  | 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 fut

**SITUAZIONE ABITATIVA****TITOLO DI GODIMENTO** (una sola risposta)

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

in affitto da:

5 a ☐ privato5 b ☐ pubblicoE' 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 €. 2.500,00  
☐ fino a €. 5.000,00  
☐ fino a €. 10.000,00  
☐ fino a €. 50.000,00  
☐ oltre €. 50.000,00  
☐ non noti

**SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO:**

€.

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

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

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

- ☐ certamente no  
☐ possibile  
☐ certamente sì

**NOTE:**





|                                |                        |                             |
|--------------------------------|------------------------|-----------------------------|
| QUADRO SINOTTICO<br>S.V.A.M.A. | criteri e priorità per | ACCOGLIENZA IN<br>RESIDENZA |
|--------------------------------|------------------------|-----------------------------|

|                      |                  |
|----------------------|------------------|
| NOME:                | DATA di NASCITA: |
| SEDE DI VALUTAZIONE: | DATA:            |

|                                            |      |          |         |          |
|--------------------------------------------|------|----------|---------|----------|
| SITUAZIONE COGNITIVA                       | VCOG |          | x 1.5 = |          |
|                                            |      | (max 10) |         |          |
| MOBILITÀ                                   | VMOB |          | x 0.2 = |          |
|                                            |      | (max 40) |         |          |
| SITUAZIONE FUNZIONALE                      | VADL |          | x 0.2 = |          |
|                                            |      | (max 60) |         |          |
| NECESSITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA          | VSAN |          | x 0,2 = |          |
|                                            |      | (max 80) |         | (max 10) |
| Presenza disturbi comportamentali (pcog=4) | 15   |          | x 1.0 = |          |

|                  |          |
|------------------|----------|
| TOTALE SANITARIO |          |
|                  | (max 45) |

|                                                                     |           |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|
| SITUAZIONE ECONOMICA rispetto al progetto<br>assistenziale proposto |           |
| Totalmente indipendente                                             | 0         |
| Dipendente da parenti o da altre persone                            | 2         |
| Dipendente dall'Ente pubblico                                       | 6         |
|                                                                     |           |
| SITUAZIONE SOCIALE                                                  | VSOC      |
|                                                                     | (max 240) |
|                                                                     | x 0.1 =   |

|                |          |
|----------------|----------|
| TOTALE SOCIALE |          |
|                | (max 30) |

|                                                                              |                            |    |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----|----|
| Esistono alternative alla istituzionalizzazione                              | 0                          |    |    |
| Le alternative alla istituzionalizzazione rispondono parzialmente ai bisogni | 10                         |    |    |
| Non vi sono alternative alla istituzionalizzazione                           | PRIMA VALUTAZIONE U.V.M.D. | 15 |    |
|                                                                              | SECONDA U.V.M.D.           | 15 | 20 |
|                                                                              | ULTERIORE U.V.M.D.         | 15 | 20 |
| Assoluta urgenza sociale                                                     | 25                         |    |    |

|                                        |          |
|----------------------------------------|----------|
| ALTERNATIVE ALLA ISTITUZIONALIZZAZIONE |          |
|                                        | (max 25) |

|                 |           |
|-----------------|-----------|
| TOTALE GENERALE |           |
|                 | (max 100) |

## REGIONE DEL VENETO

**S. V A. M. A.**

## Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane

(strumento per l'accesso ai servizi di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati)

## ISTRUZIONI PER L'USO

La valutazione viene effettuata dai diversi componenti della Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD) eventualmente supportati da professionisti esperti in settori specifici.

Per la valutazione si utilizzano apposite scale raggruppate, per analogia, in 4 schede che esplorano i seguenti aspetti:

- 1) **Cartella S.VA.M.A.** (4 facciate) contenente quadri per la raccolta-registrazione dei dati identificativi della persona, della valutazione del potenziale residuo, della valutazione dell'efficacia della rete sociale, del profilo dell'autonomia e del verbale della UVMD.  
E' utilizzata per formulare il parere, congiuntamente espresso dalla UVMD, relativamente ad alcuni aspetti funzionali e sociali; per riassumere i giudizi valutativi espressi dai singoli professionisti e per registrare il progetto assistenziale formulato.  
E' compilata al momento della riunione della UVMD.
- 2) **Valutazione Sanitaria** (4 facciate) contenente i quadri per l'anamnesi clinico-farmacologica, per la registrazione di specifiche condizioni che richiedono assistenza infermieristica, per l'analisi del sensorio e comunicazione e per l'elenco delle principali patologie potenzialmente causa di disabilità (codifica ICPC).  
E' compilata dal Medico di Medicina Generale, ovvero dal Medico curante (ospedale ecc.) che successivamente la presenta in sede di UVMD.
- 3) **Valutazione Cognitiva e Funzionale** (4 facciate) contenente la scala di valutazione cognitiva SPMSQ (Pfeiffer), la scala di valutazione della situazione funzionale (Barthel) distinta in ADL e Mobilità, la scala di Exton Smith per la valutazione del rischio di decubiti o di quelli eventualmente esistenti.  
E' compilata dalla figura professionale individuata dal Responsabile UVMD (per la parte cognitiva: neuropsicologo) che successivamente la presenta in sede di UVMD.
- 4) **Valutazione Sociale** (4 facciate) contenente spazi per la raccolta di informazioni sull'attivazione della domanda, sulle persone coinvolte nell'assistenza, sulle situazioni abitativa, socio-ambientale ed economica.  
E' compilata da un Assistente Sociale che successivamente la presenta in sede di UVMD.

Ciascuna scheda riporta, a piè di pagina, lo spazio dove il compilatore deve apporre la propria *firma e il proprio nome-cognome in stampatello o mediante timbro*. Le schede non devono contenere dati non interpretabili: in caso di errore o si utilizza una nuova scheda o si evidenzia, mediante firma, la risposta corretta.

Di seguito vengono date le istruzioni per la somministrazione standardizzata dei test contenuti nelle singole schede:

**1) Cartella S.VA.M.A.:**

**> pag. 1**

Vanno trascritti tutti i dati identificativi ed i codici richiesti, il nome del Medico, Assistente Sociale e della persona di riferimento con numeri di telefono e indirizzo (quest'ultimo solo per la persona di riferimento).

**> pag. 2**

Nella sezione titolata *Necessità di assistenza sanitaria* si riporta, sulla prima riga, il punteggio relativo alla voce *Assistenza infermieristica* (vedi pag.1 della scheda di Valutazione sanitaria)(VIP).

Sulla seconda riga si riporta il punteggio ottenuto alla voce *Prevenzione-trattamento decubiti* (vedi pag.4 della scheda di Valutazione Cognitiva e Funzionale)(VPIA).

Sulla terza riga, *Potenziale residuo* (VPOT) si riporta la valutazione della UVMD, tradotta in punteggio, relativa alla possibilità di recupero del soggetto in termini di autonomia; è fondamentale che venga compilata in sede UVMD dopo attenta valutazione dei pareri espressi dai singoli componenti che, ovviamente, devono aver valutato di persona l'utente interessato.

E' necessario utilizzare le indicazioni riportate nel riquadro per attribuire il punteggio corretto.

- punti «0» se non vi è possibilità di recupero funzionale;
- punti «5» se è possibile raggiungere l'autonomia (vedi riquadro) in almeno 1 item della scala Barthel ADL-Mobilità;
- punti «20» in caso di sindrome ipocinetica quale possibile complicanza, anche in corso di patologia cronico-degenerativa, di inadeguata assistenza o di patologia acuta successivamente guarita con esito di ipofunzione globale (es. broncopolmonite, scompenso cardiaco ecc.);
- punti «25» in caso di disabilità grave da evento acuto (es. frattura, ictus ecc.) con esiti trattabili e buone prospettive di recupero ma con scarsa probabilità di recupero spontaneo.

Gli utenti destinatari dei due livelli più elevati di punteggio (20-25) sono tipicamente quelli inseribili in strutture dotate di buon servizio riabilitativo e destinati, spesso, ad essere dimessi a domicilio a miglioramento ottenuto.

Sommare tutti i punteggi e riportare il risultato nella casella apposita (VSAN).

Nella sezione titolata *Supporto della rete sociale (famiglia, privato, vicinato e volontariato)* si riporta la valutazione della UVMD, tradotta in punteggio, relativa alla possibilità della rete sociale (senza considerare gli interventi dei servizi pubblici o privati convenzionati) di garantire il soddisfacimento dei bisogni realmente presentati dall'anziano; è fondamentale che venga compilata in sede UVMD dopo attenta valutazione dei pareri espressi dai singoli componenti i quali, ovviamente, devono aver valutato di persona l'utente interessato.

Per ogni riga (corrispondente ad una funzione), si procede nel seguente modo:

- se il soggetto è autonomo in quella funzione si assegna punteggio "0", barrando la casella corrispondente;
- se il soggetto non è autonomo, si esprime un giudizio sul supporto che la famiglia (e/o il vicinato, il volontariato), eventualmente con il supporto di personale o servizi privati non convenzionati, riescono a garantire per quella funzione;
- nel caso tale supporto sia sufficiente (la funzione è assicurata correttamente) si barra la seconda colonna;
- nel caso il supporto sia parzialmente sufficiente (la funzione è assicurata solo in parte), oppure, pur essendo attualmente sufficiente, la UVMD ritenga che vi saranno difficoltà di tenuta nel tempo, si barra la seconda colonna;
- nel caso il supporto non sia sufficiente (la funzione non è assicurata), si barra la terza colonna.

Sommare tutti i punteggi e riportare il risultato nella casella apposita (VSOC).

Si noti che in questa sezione non si tiene conto del ruolo svolto dai servizi pubblici o privati convenzionati, siano questi già attivi al momento della valutazione o attivabili in seguito: infatti i servizi pubblici o privati convenzionati fanno parte della rete dei servizi, il cui accesso deve avvenire tramite UVMD o comunque tramite uno dei componenti la UVMD (vedi la DGR 561/98). Pertanto, l'intervento di questi servizi costituisce parte del *progetto assistenziale* che deve essere formulato o aggiornato dalla UVMD al termine della valutazione, e viene registrato nella pagina 4 di questa stessa scheda.

## &gt; pag. 3

La scheda *Profilo dell'autonomia* contiene gli spazi destinati a raccogliere la sintesi delle singole valutazioni, distinte in livelli in funzione dei cut-off evidenziati. I singoli punteggi devono essere trasferiti nell'asse di competenza.

**E' stato separato dalla Situazione Cognitiva il disturbo comportamentale. Quest'ultimo va segnalato come "presente", se eventuali disturbi comportamentali (quali tentativi di fuga, aggressività fisica, sintomi psicotici, pericolo per sé e/o per gli altri) siano di tale entità da richiedere un progetto assistenziale specifico con l'adozione di provvedimenti particolari.**

Il *Codice Profilo* risulta dall'incrocio dei diversi livelli degli assi "Situazione Cognitiva; Mobilità; Situazione Funzionale; Necessità di assistenza sanitaria" e si ottiene consultando l'apposita tabella (TABELLA PER L'INDIVIDUAZIONE DEL PROFILO DI AUTONOMIA). Nella individuazione del profilo, la presenza del disturbo comportamentale trasforma il valore dell'asse cognitivo a 4. Il profilo viene completato dal livello di supporto della rete sociale.

## &gt; pag. 4

Viene dato spazio alla sintesi dei problemi presenti, compresi quelli non evidenziati a sufficienza dalle scale di valutazione (es: deficit motorio/cognitivo secondario a trattamento farmacologico, ecc.).

La valutazione si concretizza in un *progetto assistenziale* che deve essere evidenziato nello spazio dedicato e per il quale viene identificato un *responsabile del caso* con ruolo di attivatore-verificatore. L'UVMD deve valutare nel suo complesso se la persona è auto o non autosufficiente. A fine pagina tutti i partecipanti alla valutazione devono controfirmare nello spazio di competenza.

2) Valutazione Sanitaria :

## &gt; pag. 1

Vanno annotati il cognome e nome dell'utente e la sede di valutazione (domicilio, ambulatorio, ospedale, ecc.).

Va evidenziata l'anamnesi, con particolare riguardo alle condizioni cliniche più rilevanti nel condizionare la situazione attuale dell'anziano; queste andranno elencate in ordine decrescente di importanza.

Successivamente va indicato il trattamento (farmacologico e non) in atto specificando il nome commerciale e la posologia.

Vanno evidenziate (barrare la casella contenente il punteggio) le condizioni cliniche-assistenziali proposte che inducono un aumento del bisogno di *Assistenza infermieristica*; se le singole condizioni proposte non sono presenti barrare la casella «0»; sommare e annotare nella casella apposita (VIP) e, in sede di UVMD, trascrivere il risultato a pag. 2 della *Cartella SVAMA* (vedi istruzioni sopra).

## &gt; pagg. 2-3-4

Nel quadro *Sensorio e comunicazione* va evidenziato lo stato funzionale utilizzando gli esempi proposti ed evidenziando (sottolineatura) quello più conforme a quanto rilevato.

L' *Elenco codificato delle patologie* (codice ICPC) propone un'ampia scelta tra quelle più frequentemente causa di disabilità. Il Medico compilatore deve evidenziare le tre patologie principali causa di deficit funzionale dell'utente. Se ritenuto opportuno, tale evidenziazione può essere effettuata in sede di UVMD.

3) Valutazione Cognitiva e Funzionale:

## &gt; pag. 1

Vanno riportati i dati relativi al paziente e alla sede di valutazione come per le altre schede.

SPMSQ: la somministrazione del test richiede alcune indicazioni di tipo operativo:

- E' indispensabile che l'esaminatore assuma un atteggiamento facilitante e non punitivo evitando l'impressione di «porre sotto esame» l'utente; una parte del test può essere somministrato simulando la richiesta di dati informativi generali utili per compilare una cartella clinica (data di nascita, età, indirizzo, nome della madre) e

la restante parte durante la visita intercalando le domande con quesiti generali sullo stato di salute ecc.

- Il luogo di valutazione deve essere tranquillo, confortevole, ben illuminato e se possibile familiare; la posizione dell'esaminatore deve essere frontale per permettere la visione dell'espressione e dei movimenti delle labbra
- Parlare con tono di voce adatto a superare eventuali problemi uditivi ed utilizzare, se necessario, domande formulate per iscritto
- Concedere tempo adeguato senza dare l'impressione di essere incalzanti; utilizzare termini non eccessivamente tecnici
- Non vanno forniti suggerimenti facilitanti
- Si barra la casella corrispondente a ciascuna risposta errata
- Vanno considerati errori anche i rifiuti a rispondere
- La prima domanda è multipla e viene considerata corretta la risposta che sia esatta per almeno 2 dei 3 quesiti

Sommare gli errori e riportare il risultato nella casella (VCOG).

Se il test non è somministrabile annotare il motivo negli spazi appositi, secondo le istruzioni (es.: grave deficit sensoriale multiplo, coma ecc.).

Le annotazioni relative ai disturbi comportamentali devono essere compilate con molta attenzione; in particolare, deve emergere se siano indispensabili provvedimenti specifici per contenere il problema (ad es.: accessi controllati 24 ore su 24, impossibilità di convivenza con altri soggetti, rapporto operatore/ospite 1:1 in alcune fasi della giornata).

## > pag. 2

La valutazione funzionale realizzata con il BARTHEL ADL, così come la successiva con il BARTHEL MOBILITÀ, si attua barrando, per ogni tipo di attività (alimentazione, bagno ecc.), la casella corrispondente al livello funzionale più rappresentativo dell'utente.

In generale per una «raccolta dati» di buona qualità sono parimenti importanti sia l'osservazione diretta con test funzionali che le informazioni anamnestiche raccolte dai familiari o altro personale di assistenza.

E' fondamentale che, nella raccolta di notizie anamnestiche, gli intervistati, in particolare i familiari, recepiscono l'importanza di fornire un'informazione corretta e non vengano indotti a sovra-sottovalutare i deficit funzionali nella speranza-paura di guadagnare-perdere vantaggi potenziali connessi con l'inserimento in Istituto o altro.

Per tutti i singoli items il livello con punteggio pari a «0» *definisce uno stato funzionale ritenuto di completa autonomia*. Come metodo consigliabile nella valutazione dell'utente è opportuno leggere attentamente, ogni volta, la descrizione relativa al livello «0» e attribuire tale punteggio se la descrizione è corrispondente o lo stato funzionale è addirittura migliore; in caso contrario si scorrono le definizioni successive e si identifica quella più rappresentativa.

***Alimentazione:*** la valutazione è funzionale diretta e anamnestica.

Può essere valutata la capacità di trasferire, con le posate, del materiale solido di piccole dimensioni (fagioli secchi, riso crudo ecc.) dal piatto ad altri contenitori di piccole dimensioni posti nelle vicinanze. E' necessario poter disporre di parte del materiale elencato nella scheda per valutazioni funzionali più fini (vasetti con coperchio apribile, spargisale, bricco porta latte ecc.)

***Bagno-doccia (lavarsi):*** la valutazione è prevalentemente anamnestica.

***Igiene Personale:*** la valutazione è anamnestica e, se dubbia, osservazionale diretta facendo eseguire le manovre chieste dal test

***Abbigliamento:*** la valutazione deve privilegiare l'osservazione diretta.

***Continenza Intestinale:*** la valutazione è prevalentemente anamnestica utilizzando al meglio le notizie fornite dal personale dedito all'assistenza e familiari

***Continenza urinaria:*** vedi sopra (continenza intestinale)

***Uso del gabinetto:*** vedi sopra (continenza intestinale); la valutazione utilizza anche quanto rilevato direttamente con il test dell'abbigliamento.

**> pag. 3**

Vale anche per l'indice di BARTHEL MOBILITA' quanto detto in premessa per il Barthel ADL.

E' molto importante l'osservazione diretta attuata nelle fasi di avvicinamento alla sede della valutazione quando la mobilità è totalmente spontanea.

Porre attenzione alla presenza, talora eccessivamente vicariante, di personale o familiari.

E' indispensabile disporre di locali e attrezzature idonee a valutare quanto richiesto dai singoli test:

- spazi sufficienti ed idonei con accesso ad una rampa di scale dotate di corrimano e gradini antiscivolo
- ausili alla deambulazione personali o adattabili alla configurazione fisica dell'utente
- lettino alto, tutto compreso, tra i 55 e 57 cm. e largo non meno di 80 cm. (modello simile a quello utilizzato per i trattamenti FKT).

I singoli test vengono somministrati nella forma e modo prescritto nella scheda.

Barrare la casella con il punteggio più simile alle capacità dell'utente.

*Trasferimento letto-sedia o carrozzina:* se il paziente è totalmente allettato dare il punteggio massimo (15).

*Deambulazione:* il punteggio può essere (0-3-7-12-15); ATTENZIONE !! qualora il punteggio attribuibile sia pari a «15» ed il paziente sia stato addestrato all'uso della carrozzina (paraplegico, amputato ecc.) deve essere utilizzato, in modo sostitutivo, il quadro *Uso della carrozzina* (il punteggio relativo a *Deambulazione* non è considerato utile per la somma totale)

**> pag. 4**

Contiene lo spazio per evidenziare la presenza di eventuali decubiti e, se non presenti, il test di EXTON SMITH per la valutazione del rischio di decubiti che utilizza una valutazione qualitativa o semiquantitativa di 5 parametri (condizioni generali, stato mentale ecc.).

Il punteggio attribuibile a ciascun parametro è evidenziato a fianco di ciascun esempio di riferimento e va riportato nello spazio libero di destra corrispondente.

Condizioni generali si riferiscono alle condizioni clinico-nutrizionali e non allo stato funzionale o cognitivo; vengono proposti i seguenti criteri orientativi per la classificazione:

- *Buone e discrete* si riferiscono a soggetti in condizioni cliniche, nutrizionali e di sanguificazione normali o poco alterate (es.: creatininemia < 2 mg/dl, albumina sierica > 3.5 g/dl, emoglobina > 12 g/dl. ecc). La presenza anche di una sola condizione citata fuori norma fa classificare l'esaminato in una delle categorie successive.

- *Scadenti* sono quelle dei pazienti con scompenso cardiaco, neoplasie, ascite ecc., creatininemia tra 2 e 5 mg/dl, albuminemia tra 3.5 e 2.5 g/dl, emoglobina tra 12 e 10 g/dl ecc.. Anche una sola condizione può far classificare il soggetto in questa categoria.

- *Pessime* tutte le condizioni peggiori di quelle citate nella categoria *scadenti*.

Stato mentale:

- *Lucido* è riferito ad un paziente con normale orientamento temporo-spaziale

- *Confuso* è un paziente con alterato orientamento, eventualmente agitato, ma in grado di relazionare, seppur abnormemente, con l'ambiente

- *Apatico* è un paziente che relaziona per breve tempo dopo stimolazione sensoriale (tattile, acustica ecc.) di intensità medio-forte

- *Stuporoso* è un paziente con deficit di coscienza stabili che non permettono una relazione con l'ambiente.

Attività: le descrizioni contenute nella scheda sono esaustive.

Mobilità: si intende la mobilità a letto ovvero la possibilità di spostamenti da supino/prono a decubito laterale e i trasferimenti in orizzontale sul piano del letto.

Incontinenza: le descrizioni contenute nella scheda sono esaustive.

Qualora il test di Exton-Smith dia una somma pari o inferiore a 10 oppure (indipendentemente dal punteggio del test) siano già presenti lesioni da decubito di I - II grado si attribuisce il punteggio di «10» (seconda riga del quadro).

Qualora siano presenti lesioni da decubito di III - IV grado (necrosi a tutto spessore con interessamento del sottocutaneo esclusa la zona sottofasciale - III- od oltre questa, con lesioni anche ossee, tendinee ecc. - IV), indipendentemente dal punteggio del test, si attribuisce il punteggio previsto nelle ultime due righe del quadro (15-25).

Riportare il punteggio a pag. 2 della Cartella SVAMA (VPJA).

**4) Valutazione Sociale:****> pag. 1**

Contiene i dati anagrafici dell'utente, oltre che dati identificativi dell'anagrafe sanitaria e fiscale.

Sono raccolti i dati relativi a: stato civile, sesso, istruzione, tipologia pensionistica, professione svolta, e godimento dei benefici previsti per gli invalidi civili.

In questo ambito vanno rilevati in particolare a cura del Servizio Sociale competente: le motivazioni che inducono la domanda di valutazione, chi sono i soggetti che attivano concretamente la domanda, il consenso della persona interessata alla domanda di valutazione, *in assenza del quale se la persona risulta in grado di intendere e volere la valutazione non può essere effettuata.*

Vanno inoltre raccolti il nominativo e il recapito telefonico del medico curante e della persona di riferimento.

**> pag. 2**

Contiene i dati descrittivi della rete familiare e sociale.

**Tab. PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI**

Viene richiesta una descrizione analitica di tutti i soggetti tenuti agli alimenti.

Nell'elencazione si indicano preliminarmente i soggetti *effettivamente* presenti ed attivi nell'assistenza dell'anziano, e successivamente si elencano gli altri tenuti agli alimenti al fine di favorire l'eventuale procedura nel caso di intervento comunale per il pagamento dei servizi.

>Per tutti i soggetti elencati vanno indicati:

- il grado di parentela (con i codici individuati dalla nota 1),
- l'età,
- la professione,
- l'indirizzo e il telefono,
- la lontananza dall'abitazione dell'anziano (secondo i codici individuati dalla nota 2).

>Per i soggetti effettivamente presenti ed attivi nell'assistenza dell'anziano si evidenziano inoltre:

L'intensità di attivazione attuale di ciascuno, rilevando:

- (vedi nota 3) il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona è (o è stata finora) presente nell'assistenza;
- (vedi nota 4) in che ambiti prevalenti è orientato il suo intervento, in particolare se interviene nell'ambito delle disabilità connesse:

- alle ADL (bagno, igiene, abbigliamento, alimentazione, trasferimenti)
- alle iADL (igiene della casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia)
- alla necessità di supervisione (diurna e/o notturna)

L'intensità di attivazione presunta dalla persona per il futuro, rilevando:

- (vedi nota 5) il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona potrà attivarsi;
- (vedi nota 4) in quali ambiti prevalenti sarà orientato il suo intervento, in particolare se interverrà nell'ambito delle disabilità connesse:
  - alle ADL (bagno, igiene, abbigliamento, alimentazione, trasferimenti)
  - alle iADL (igiene della casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia)
  - alla necessità di supervisione (diurna e/o notturna)

Si evidenzia che la tenuta/disponibilità della rete familiare può variare al modificarsi delle condizioni sanitarie e quindi la codifica va ridefinita con la famiglia per l'aggiornamento della valutazione UVMD.

**Tab. ALTRE PERSONE ATTIVE**

Con le stesse modalità descritte per la rete familiare vanno elencate eventuali altre persone presenti nell'assistenza (conoscenti, volontari, personale privato), ad esclusione degli interventi pubblici.

**Tab. ASSISTENZA PUBBLICA ATTIVA**

Vanno segnati i servizi pubblici già attivi.

Per gli interventi attuati vanno precisate le ore settimanali di intervento ed il numero di interventi settimanali.

> pag. 3

### **SITUAZIONE ABITATIVA**

Si compone di tre variabili relative a:

**1.Titolo di godimento dell'alloggio**, precisando in caso di affitto la presenza o meno di sfratto esecutivo

**2.Dislocazione nel territorio**

**3.Presenza-assenza di barriere architettoniche**

Le tre variabili concorrono a definire un GIUDIZIO SINTETICO articolato su tre possibili alternative. Leggere attentamente le note contenute nei singoli riquadri

### **SITUAZIONE ECONOMICA**

Vanno rilevati:

- il reddito totale dell'anziano, inclusa l'eventuale indennità di accompagnamento se percepita o anche se riconosciuta e non ancora percepita
- l'eventuale spesa fissa per affitto o mutuo
- i risparmi dell'anziano secondo la classificazione indicata nella tabella
- l'ulteriore disponibilità economica mensile dichiarata dai familiari per l'assistenza
- la possibile integrazione economica del Comune per l'assistenza.

> pag. 4

### **VALUTAZIONE FINALE DELL'ASSISTENTE SOCIALE**

La relazione sociale è indispensabile per passare da una dimensione descrittiva ad una dimensione valutativa che permetta di "individuare" all'interno una specifica storia relazionale e familiare, il modo in cui le variabili descritte si esprimono e di comprendere le caratteristiche della domanda espressa dal nucleo familiare e dall'interessato.