

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO**

**UNITÀ DI VALUTAZIONE TERRITORIALE**

# SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

## PAZIENTE

Cognome e Nome	<input type="text"/>
Sesso	<input type="text"/>
Luogo di nascita	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/>
Residente a	<input type="text"/> Cap. <input type="text"/>
Via	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>
Codice Fiscale:	<input type="text"/>
Grado di istruzione:	<input type="text"/>

Legenda grado istruzione:

- Laurea
- Diploma di laurea
- Diploma
- Scuola professionale
- Licenza Media
- Licenza Elementare
- Nessun titolo

Paziente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## 1a. DIMENSIONE CLINICA

### Indice di Comorbidità (CIRS)<sup>1</sup>

#### Patologie Cardiache (solo cuore)

*Diagnosi*

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

#### Iperensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)

*Diagnosi*

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

#### Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)

*Diagnosi*

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

#### Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)

*Diagnosi*

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

#### Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)

*Diagnosi*

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

<sup>1</sup> Palmalee P.A., Thuras P.D., Katz I.R., Lawton M.P.: Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population. J. Am Geriatr. Soc. 1995; 43:130-137. Modificata per la raccolta delle diagnosi collegate alla codifica ICD-9 CM e la loro stadiazione per apparato ai fini della compilazione della CIRS da Studio VEGA di Fabio Vidotto & C. S.a.s. © 2003 SIAE 002540-D003388.

**Apparato digerente tratto superiore** (esofago, stomaco, vie biliari-epato-pancreatiche; escluso diabete)

*Diagnosi*

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

**Apparato digerente tratto inferiore** (intestino, ernie)

*Diagnosi*

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

**Fegato**

*Diagnosi*

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

**Rene**

*Diagnosi*

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

**Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie** (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)

*Diagnosi*

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

**Apparato Muscolo-Scheletro e Cute** (muscoli, scheletro, tegumenti)

*Diagnosi*

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

**Patologie sistema nervoso** (sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza)

Diagnosi

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

**Patologie sistema Endocrino-Metabolico** (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)

Diagnosi

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

**Stato mentale e comportamentale** (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)

Diagnosi

_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

Patologia principalmente invalidante

Quando è sorta?

1	Meno di 1 mese	2	Da 1 a 2 mesi	3	Da 2 a 3 mesi	4	Da 3 a 6 mesi	5	Più di 6 mesi
---	----------------	---	---------------	---	---------------	---	---------------	---	---------------

**Indici di severità e di Comorbidità**

**Indice di severità a 13 item (CIRS)**

media dei punteggi delle prime 13 categorie, escludendo la categoria "stato mentale e comportamentale"

**Indice di severità a 14 item (CIRS)**

media dei punteggi di tutte le categorie

**Indice di comorbidità a 13 item (CIRS)**

numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3, escludendo la categoria "stato mentale e comportamentale"

**Indice di comorbidità a 14 item (CIRS)**

numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3, calcolato su tutte le categorie

Legenda:

- 1- **Nessuna menomazione**
- 2- **Menomazione lieve:** non interferisce con le normali attività; trattamento facoltativo; prognosi eccellente (ad es. lesioni dermatologiche, ernie, emorroidi)
- 3- **Menomazione Moderata:** interferisce con le normali attività; trattamento necessario; prognosi buona (ad es. colelitiasi, diabete o fratture trattabili)
- 4- **Menomazione Grave:** è invalidante; trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata (ad es. carcinoma operabile, ipertensione polm., insuff. cardiaca congestiva)
- 5- **Menomazione Molto Grave:** può essere letale; trattamento di emergenza o inefficace; prognosi grave (ad es. infarto miocardico, ictus, emorragie digestive, embolia)

Il Medico compilatore: \_\_\_\_\_

Paziente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## 1b. DIMENSIONE CLINICA

### Scala di Instabilità Clinica<sup>2</sup>

Sulla base di tutti i dati clinici (anamnesi, esame obiettivo, numero e tipo di patologie concomitanti, esami di laboratorio e strumentali), la valutazione sulla stabilità clinica *attuale* dell'anziano è la seguente:

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

*Legenda:*

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>0- Stabile</b>                 | Senza nessun particolare problema, o con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico <sup>3</sup> <i>programmabile</i> ad intervalli <b>maggiori di 60 giorni</b> . |
| <b>1- Moderatamente Stabile</b>   | Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico <i>programmabile</i> ad intervalli di <b>30-60 giorni</b> .   |
| <b>2- Moderatamente Instabile</b> | Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico <i>programmabile</i> ad intervalli di <b>più di una volta al mese ma meno di una volta/settimana</b> .              |
| <b>3- Instabile</b>               | Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico <i>NON programmabile</i> , presumibilmente <b>una o più volte alla settimana, ma non quotidiano</b> .               |
| <b>4- Altamente Instabile</b>     | Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico <b>quotidiano</b> .   |
| <b>5- Acuzie</b>                  | Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico <b>pluriquotidiano</b> .  |

Il Medico compilatore: \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Bernardini et al. 1995.

<sup>3</sup> Monitoraggio clinico significa: visita medica completa o valutazione attenta "problema orientata" e/o esami di laboratorio e/o esami strumentali.

Paziente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## 2. DIMENSIONE FUNZIONALE

### Indice di Barthel<sup>4</sup>

Item	Punteggio		
<b>Alimentazione</b>	<b>10</b>	Indipendente, capace di allocarsi qualsiasi ausilio tecnico necessario: si alimenta in un tempo ragionevole	<b>2</b>
	<b>5</b>	Necessita di aiuto, per esempio per tagliare	<b>1</b>
	<b>0</b>	Dipendente	<b>0</b>
<b>Bagno/doccia</b>	<b>5</b>	Senza assistenza	<b>1</b>
	<b>0</b>	Dipendente	<b>0</b>
<b>Igiene personale</b>	<b>5</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 la 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	<b>1</b>
	<b>0</b>	Dipendente	<b>0</b>
<b>Abbigliamento</b> (vestirsi e svestirsi)	<b>10</b>	Indipendente, si allaccia le scarpe, si allaccia le chiusure, si applica i tutori	<b>2</b>
	<b>5</b>	Necessita di aiuto, ma esegue almeno la metà dei compiti entro un tempo ragionevole	<b>1</b>
	<b>0</b>	Dipendente	<b>0</b>
<b>Controllo sfinterico intestinale</b>	<b>10</b>	Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi le supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario	<b>2</b>
	<b>5</b>	Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma, occasionali perdite	<b>1</b>
	<b>0</b>	Incontinente	<b>0</b>
<b>Controllo sfinterico vescicale</b>	<b>10</b>	Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni	<b>2</b>
	<b>5</b>	In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario l'aiuto parziale nell'uso dei dispositivi	<b>1</b>
	<b>0</b>	Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni	<b>0</b>
<b>Uso del gabinetto</b>	<b>10</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 padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli	<b>2</b>
	<b>5</b>	Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla	<b>1</b>
	<b>0</b>	Completamente dipendente	<b>0</b>
<b>Trasferimento letto - sedia</b> (incluso mettersi a sedere sul letto)	<b>15</b>	Indipendente, compreso, se necessario, il mettere i freni alla carrozzina e il sollevare le pedane	<b>3</b>
	<b>10</b>	Minima assistenza o supervisione	<b>2</b>
	<b>5</b>	Capace di sedersi, ma necessita di massima assistenza al trasferimento	<b>1</b>
	<b>0</b>	Dipendente	<b>0</b>
<b>Deambulazione</b> (compresa la capacità di spingere la carrozzina)	<b>15</b>	Indipendente per 45 metri può usare ausili	<b>3</b>
	<b>10</b>	Con aiuto o girello per 45 metri	<b>2</b>
	<b>5</b>	Indipendente con carrozzina per 45 metri (solo se incapace di camminare)	<b>1</b>
	<b>0</b>	Dipendente	<b>0</b>
<b>Salire e scendere le scale</b>	<b>10</b>	Indipendente, può usare ausili	<b>2</b>
	<b>5</b>	Necessita di aiuto o supervisione	<b>1</b>
	<b>0</b>	Non è in grado	<b>0</b>
<b>BI</b>			<b>RAS</b>
		<b>Punteggio Totale</b>	

Il compilatore \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: the Barthel Index." *Maryland State Med Journal* 1965;14:56-61.

Paziente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

### 3.a DIMENSIONE COGNITIVA

#### Mini Mental State Examination<sup>5</sup>

#### 1. ORIENTAMENTO TEMPORO-SPAZIALE (trascrivere sempre le risposte dell'ospite)

##### 1.1. ORIENTAMENTO TEMPORALE

- 1.1.1. In che anno siamo?  
1.1.2. In che stagione dell'anno siamo?  
1.1.3. Quanti ne abbiamo oggi (data)?  
1.1.4. Che giorno della settimana è oggi?  
1.1.5. In che mese siamo?

No	Si
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>

##### 1.2. ORIENTAMENTO SPAZIALE

- 1.2.1. In che regione siamo?  
1.2.2. In che provincia siamo?  
1.2.3. In che città siamo?  
1.2.4. In che luogo siamo (ospedale, casa di riposo, casa, etc)?  
1.2.5. A che piano siamo?

<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>
<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>

#### 2. MEMORIZZAZIONE (O REGISTRAZIONE)

##### 2.1. Pronunciare ad alta voce (una sola volta) il nome di tre oggetti e farli ripetere

es: *Casa, Pane, Gatto* (uno al secondo - segnare un punto per risposta esatta )

<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

##### 2.2. Dopo ripetere gli oggetti, fino a massimo 6 volte, finché l'ospite non li abbia appresi

Ci si ferma quando li ha appresi registrando il numero di tentativi

#### 3. ATTENZIONE E CALCOLO

##### 3.1. Chiedere all'ospite di sottrarre 7 da 100 per 5 volte

(segnare le risposte esatte nella prova all'indietro 93, 86, 79, 72, 65)

*se l'ospite ha difficoltà di calcolo fare la prova 3.2*

<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

##### 3.2. Chiedere all'ospite di ripetere, lettera per lettera in avanti e all'indietro, la parola MONDO

(segnare le risposte esatte nella prova all'indietro O-D-N-O-M)

*(fare la prova 3.2 solo se l'ospite ha difficoltà di calcolo)*

<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

#### 4. MEMORIA DI RICHIAMO (O RIEVOCAZIONE)

##### 4.1. Chiedere la ripetizione dei 3 oggetti imparati precedentemente

*Casa, Pane, Gatto* (un punto per oggetto ricordato correttamente)

<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

#### 5. LINGUAGGIO

##### 5.1. DENOMINAZIONE

5.1.1. Mostrare all'ospite una MATITA e chiedere: **Che cos'è?**

5.1.2. Mostrare all'ospite un OROLOGIO e chiedere: **Che cos'è?**

(indicare un punto per ogni oggetto identificato)

<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

##### 5.2. RIPETIZIONE

5.2.1. Far ripetere all'ospite la seguente frase: "**Tigre contro tigre**" (un punto)

<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>
--------------------------------	--------------------------------

<sup>5</sup> MF Folstein, PR McHugh - Journal of psychiatry 1975; 12:189-198 S.

**5.3. COMPrensione ORALE**

5.3.1. Far eseguire il seguente comando:

"a) **prenda un foglio con la mano destra, b) lo pieghi a metà e c) lo metta sul tavolo**"

(indicare un punto per ogni azione corretta)

0  1  2  3

**5.4. LETTURA (e COMPrensione SCRITTA)**

5.4.1. Presentare all'ospite la scritta seguente (assegnare un punto se esegue l'azione)

0  1

# CHIUDERE GLI OCCHI

**5.5. GENERAZIONE DI FRASE SCRITTA**

5.5.1. Far scrivere all'ospite una frase; controllare se è comprensibile, se contiene un verbo e un soggetto (si assegna un punto se risponde ai requisiti)

0  1

---



---



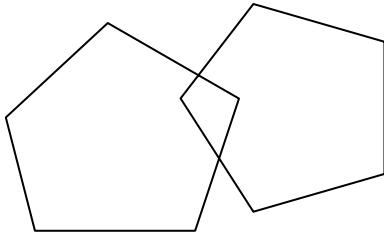
---

**6. COPIA DISEGNO (O PRASSIA COSTRUTTIVA)**

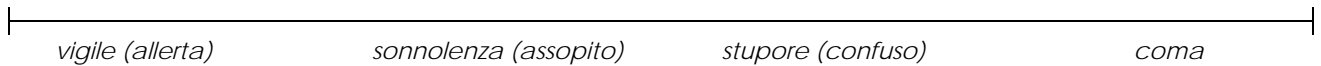
6.1. Far copiare all'ospite il disegno dei due PENTAGONI INTERSECANTI:

(si assegna un punto se il disegno viene copiato correttamente)

0  1



Stabilire il livello di coscienza del paziente ponendo **una crocetta** lungo il continuum da "vigile" a "coma"



Livello di istruzione  0-4 anni  5-7 anni  8-12 anni  13-17 anni

Punteggio Complessivo

Punteggio Complessivo Aggiustato


Il compilatore \_\_\_\_\_

**Note per l'esaminatore:**

1) materiali necessari: Il test, un orologio da polso, una matita, un foglio di carta.

2) per la domanda n. 6 (copia disegno) il punto viene assegnato se: sono presenti 10 angoli e due di questi si intersecano formando una figura a quattro lati. Tremore e rotazione vanno ignorati).



Paziente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

### 3.b DIMENSIONE COGNITIVA

#### Short Portable Mental Status Questionnaire<sup>6</sup>

- |  |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1) Che giorno è oggi? (giorno, mese, anno)                         | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 2) Che giorno è della settimana?                                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 3) Qual è il nome di questo posto?                                 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 4a) Qual è il vostro numero di telefono?                           | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 4b) (Se non ha il telefono) Qual è il vostro indirizzo?            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 5) Quanti anni ha?   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 6) Qual è la sua data di nascita?                                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 7) Qual è l'attuale Papa? (o Presidente della Repubblica)          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 8) Qual era il Papa precedente? (o il Presidente della Repubblica) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 9) Che cognome aveva sua madre prima di sposarsi?                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 10) Faccia 20 - 3, ed ora di nuovo - 3, fino a 2.                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |

Legenda:  1 risposta corretta       0 risposta sbagliata      **Totale**

Formulare le domande da 1 a 10 e registrare le risposte; formulare la domanda 4b) solo se l'anziano non ha il telefono. Registrare il numero totale di errori basato sulle 10 domande; sottrarre 1 errore se il soggetto ha frequentato solo le scuole elementari, aggiungere 1 errore se il soggetto ha frequentato scuole oltre le medie superiori.

0 - 2 errori: assenza di deterioramento

3 - 4 errori: deterioramento lieve

5 - 7 errori: deterioramento moderato

8 - 10 errori: deterioramento grave

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

Punteggio

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

- Nel caso si tratti di soggetti psicogeriatrici (ad esempio: psicosi dell'età adulta in evoluzione verso la demenza), specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:

Il compilatore \_\_\_\_\_

<sup>6</sup> Pfeiffer E., *Journal of the American Geriatrics Society*, oct.1975, vol.23, n.10, 433-441

Paziente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

#### 4.a Situazione Abitativa<sup>7</sup>

##### Abitazione (titolo di godimento)

- proprietà
- usufrutto
- titolo gratuito
- non proprio, non affitto (presso) \_\_\_\_\_
- in affitto (indicare l'importo: \_\_\_\_\_)
  - privato
  - pubblico
  - sfratto esecutivo

##### Dislocazione nel territorio (rispetto ai servizi pubblici: es. negozi, farmacia, trasporti)

- quartiere \_\_\_\_\_
- centrale e servita
- poco servita
- isolata
- assenza di altri inquilini

##### Barriere architettoniche

- assenti
- solo esterne
- solo interne
- interne e esterne
- piano: \_\_\_\_\_
- ascensore

##### Giudizio sintetico

- abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne ed adeguato al n.di persone)
- abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne/esterne che limitano l'anziano nel corretto utilizzo delle sue risorse residue o dei servizi)
- 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)

Note:

<sup>7</sup> Liberamente tratto dalla Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e Anziano della Regione del Veneto - S.Va.M.A.

#### 4.b Situazione Reddituale<sup>8</sup>

**Reddito totale dell'utente (euro):**

(inclusa l'eventuale indennità di accompagnamento)

**Risparmi dell'utente:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> no o inferiori a € 2.582,28 | <input type="checkbox"/> fino a € 51.645,69 |
| <input type="checkbox"/> fino a € 5.164,57           | <input type="checkbox"/> non noti           |
| <input type="checkbox"/> fino a € 10.239,14          |   |

**Spesa mensile per affitto o mutuo:**

**Ulteriore disponibilità economica mensile dichiarata dai familiari per l'assistenza:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> copertura completa delle spese | <input type="checkbox"/> fino a € 1.032,91 |
| <input type="checkbox"/> nessuna                        | <input type="checkbox"/> fino a € 1.549,37 |
| <input type="checkbox"/> fino a € 516,46                | <input type="checkbox"/> oltre             |
| <input type="checkbox"/> Non rilevata                   |  |

**Integrazione economica del comune per l'assistenza:**

- certamente no
- possibile
- certamente si

**Note:**

Il compilatore \_\_\_\_\_

<sup>8</sup> Liberamente tratto dalla Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e Anziano della Regione del Veneto - S.Va.M.A.

Paziente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

### 5. SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE<sup>9</sup>

	Soggetto autonomo	Supporto della rete per soggetto non autonomo		
		Sufficiente	Parzialmente sufficiente o difficoltà di tenuta	Insufficiente
Preparazione dei pasti	0	5	10	10
Pulizia della casa	0	5	5	10
Lavanderia	0	5	5	10
Effettuazione acquisti	0	5	5	10
Alimentazione	0	5	10	20
Bagno	0	5	5	10
Toeletta personale	0	5	10	15
Abbigliamento	0	5	10	15
Uso del WC (o padella o panno)	0	5	15	25
Assunzione di medicinali (se pertinente)	0	5	10	10
Trasferimenti	0	5	15	20
Deambulazione	0	5	10	15
Gestione del denaro	0	5	10	10
Sostegno psicoaffettivo	0	5	10	10
Supervisione diurna	0	5	15	25
Supervisione notturna	0	5	15	25

Totale valutazione della rete sociale

Supporto informale (indicare il numero)

	conviventi	Immediate vicinanze	Entro 15 minuti	Entro 1 ora	Oltre 1 ora
• Coniuge	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Figli	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Altri Familiari	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Amici / vicini	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Volontari	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Personale privato	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Il compilatore \_\_\_\_\_

<sup>9</sup> Liberamente tratto dalla Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e Anziano della Regione del Veneto - S.Va.M.A.

Paziente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**6. VERBALE U.V.T.  
SINTESI PROFILO AUTONOMIA**

Livello assistenza sanitaria	A	medio <i>Bernardini 2</i>	
	B	moderato <i>Bernardini 1</i>	
	C	basso <i>Bernardini 0</i>	

Livello assistenza sociale	a	alto <i>Barthel da 0 a 5</i>	
	b	medio-alto <i>Barthel da 6 a 10</i>	
	c	medio <i>Barthel da 11 a 15</i>	

Profilo Assistenziale	1	Aa	
	2	Ab	
	3	Ac	
	4	Ba	
	5	Bb	
	6	Bc	
	7	Ca	
	8	Cb	
	9	Cc	

Paziente a totale carico SSN	<input checked="" type="checkbox"/>	Alto <i>Bernardini</i> $\geq 3$	
------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	--

Art. 14 Del RAS n. 25 del 13/06/2006

**Sintesi dei problemi attuali rilevati:**

**Sulla base della documentazione agli atti e di quanto emerso dalla valutazione multidimensionale, l'unita' di valutazione territoriale prende le seguenti decisioni:**

CODIFICA PROGETTO ASSISTENZIALE: (una sola codifica)	
01 ACCOGLIENZA IN RSA	① Osservazione medico-infermieristica dopo risoluzione evento acuto grave senza accertamenti e con terapia stabilizzata
	② In attesa di adeguamento delle condizioni familiari in relazione a mutate condizioni psico-fisiche
	③ Sollievo, per breve periodo, alla famiglia di soggetto anziano e/o disabile
	④ Soggetto non più assistibile a domicilio per pluralità di motivazioni di ordine sanitario e sociale
	⑤ Altro
02 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	
03 ELEGGIBILE IN POSTO LETTO RESIDENZIALE	
04 ALTRE FORME DI ASSISTENZA	
05 C.D.I	
06	
07	

Il Responsabile del caso sarà: \_\_\_\_\_

Verifica programmata:     | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ \_ \_ |

attivazione                      verifica

Durata del progetto in giorni: \_\_\_\_\_

Convocati	Presenti	Partecipanti	Nome	Firma
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Medico del Distretto		
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Medico di MG		
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Geriatra		
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Fisiatra		
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Assistente Sociale		
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	Infermiere Professionale		
7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	Altro Specialista		
8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	Altro componente		

