|  |
| --- |
| Regione Molise |
|  **DISTRETTO SANITARIO Ambito Territoriale Sociale**  **Di** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Di** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **S. V a. M. A.**  |
| Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e AnzianeSTRUMENTO PER LA VALUTAZIONE DEGLI UTENTI AI FINI DELL’ACCESSO AI SERVIZI AD INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA |

|  |
| --- |
| CARTELLA |
| **Sig./Sig.ra** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**data di nascita** |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |

Tessera sanitaria |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Es. ticket |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Cod. fiscale|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Residenza: via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Distretto Sanitario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. |\_\_|\_\_|

|  |
| --- |
| Medico curante:.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Assistente sociale ATS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Persona di riferimento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Via :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grado di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **S.Va.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 o con elastomero 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 (*COMPRENSIONE*)** |
| 0 = normale  | 2 = comprensione non valutabile |  |
| 1 = comprende solo frasi semplici | 3 = non comprende |
| **LINGUAGGIO (*PRODUZIONE*)** |
| 0 = parla normalmente  | 2 = si comprendono solo parole isolate |  |
| 1 = linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero  | 3 = non si esprime |
| **UDITO (eventualmente con protesi)** |
| 0 = normale  | 2 = grave deficit non correggibile |  |
| 1 = deficit, ma udito adeguato alle necessità personali  | 3 = sordità completa |
| **VISTA (eventualmente con occhiali)** |
| 0 = normale  | 2 = grave deficit non correggibile |  |
| 1 = deficit, ma vista adeguata alle necessità personali  | 3 = cecità e bisogno di assistenza |

|  |
| --- |
| CODIFICA PATOLOGIE - estratto ICPC |
| **INDICARE LE PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO****A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**(da utilizzare a cura del medico curante oppure in sede di UOD) |

**MALATTIE GENERALI**

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

**SANGUE / LINFATICI / MILZA**

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

**SISTEMA DIGERENTE**

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

**OCCHIO**

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

**ORECCHIO**

* H03 Tintinnio / ronzio / tinnito
* H74 Otite cronica, altre infezioni orecchio
* H75 Neoplasie dell'orecchio
* H77 Perforazione membrana del timpano
* **H82 Sindrome vertiginosa**
* **H**83 Otosclerosi
* H84 Presbiacusia
* **H86 Tutti i gradi di sordità  NSA**
* H99 Altre malattie orecchio / mastoide

**SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO**

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

**SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO**

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

**SISTEMA NERVOSO**

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

**DISTURBI MENTALI / PSICOLOGICI**

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

**SISTEMA RESPIRATORIO**

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

**CUTE E ANNESSI**

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

**SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO E NUTRIZIONE**

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

**SISTEMA URINARIO**

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

**SISTEMA GENITALE FEMMINILE**

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

**SISTEMA GENITALE MASCHILE**

* Y74 Orchite / epididimite
* **Y77 Neoplasie maligne prostata**
* Y78 Altre neoplasie maligne
* Y99 Altre malattie genit. Masch. Incl. Mamm.

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPILATORE** |  |
| NOMINATIVO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

|  |
| --- |
| **S.Va.M.A.** **VALUTAZIONE COGNITIVA E FUNZIONALE** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| NOME: DATA DI NASCITA: |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |
| SEDE DI VALUTAZIONE: DATA:|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |

|  |
| --- |
| **SITUAZIONE COGNITIVA****SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE** (barrare la casella in caso di errore) |
| Che giorno è oggi? (mese, giorno, anno) | 1 |
| Che giorno è della settimana? | 1 |
| Come si chiama questo posto? | 1 |
| Qual è il suo indirizzo? | 1 |
| Quanti anni ha? | 1 |
| Quando è nato? | 1 |
| Chi è il Presidente della Repubblica ? (o il Papa?) | 1 |
| Chi era il Presidente precedente? (o il Papa?) | 1 |
| Qual è il cognome da ragazza di sua madre? | 1 |
| Sottragga da 20 tre e poi ancora fino in fondo | 1 |
| **TOTALE VALUTAZIONE COGNITIVA**  | **VCOG** |  |
| Nel caso il test non sia somministrabile per la gravità del deterioramento, assegnare punteggio VCOG=10.Nel caso non sia somministrabile per altre motivazioni, indicarle di seguito, ed attribuire un punteggio esclusivamente su base clinica, eventualmente previa consulenza specialistica: |
|  |  |
|  | **VCOG1** |
|  |  |
|  |  |
| Nel caso i problemi prevalenti siano quelli comportamentali (ad esempio: pericolo di fuga, aggressività fisica verso gli altri), specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un’assistenza adeguata: |
| Nel caso si tratti di soggetti psicogeriatrici, specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un’assistenza adeguata: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **SITUAZIONE FUNZIONALE** |
| **INDICE DI BARTHEL - Attività di Base*****(barrare per ogni area un unico punteggio)*** |
| **ALIMENTAZIONE** |  |
| Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc. | 0 |
| Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc.. Non è necessaria la presenza di un'altra persona. | 2 |
| Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro. | 5 |
| Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaio, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto. | 8 |
| Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc). | 10 |
| **BAGNO/DOCCIA (lavarsi)** |  |
| Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato. | 0 |
| Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.). | 1 |
| Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi. | 2 |
| Necessita di aiuto per tutte le operazioni. | 4 |
| Totale dipendenza nel lavarsi. | 5 |
| **IGIENE PERSONALE** |  |
| Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli. | 0 |
| In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni. | 1 |
| Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale. | 2 |
| Necessita di aiuto per tutte le operazioni. | 4 |
| Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti. | 5 |
| **ABBIGLIAMENTO** |  |
| Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto od una protesi. | 0 |
| Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe. | 2 |
| Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento. | 5 |
| Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti. | 8 |
| Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora. | 10 |
| **CONTINENZA INTESTINALE** |  |
| Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se neces. | 0 |
| Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma; occasionali perdite. | 2 |
| Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc. | 5 |
| Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie. | 8 |
| Incontinente. | 10 |
| CONTINENZA URINARIA |  |
| Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni. | 0 |
| Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni. | 2 |
| In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario aiuto parziale nell'uso dei dispositivi. | 5 |
| Incontinente ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo esterno o interno. | 8 |
| Incontinente o catetere a dimora (sottolio. la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni . | 10 |

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

|  |
| --- |
| **MOBILITà-INDICE DI BARTHEL** |
| **TRASFERIMENTO LETTO – SEDIA o CARROZZINA** (compilare anche in caso di paziente totalmente allettato) |  |
| E' indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.  | 0 |
| Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza. | 3 |
| Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento. | 7 |
| Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento. | 12 |
| Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico. | 15 |
| DEAMBULAZIONE(funzionalmente valida) | USO DELLA CARROZZINA (utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 15 nella scala “deambulazione” ed è stato addestrato all’uso della carrozzina) |  |
| In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano. |  | 0 |
| Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia < 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose. |  | 3 |
| Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la loro manipolazione. |  | 7 |
|  | Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.) L'autonomia deve essere > 50 m. | 10 |
|  | Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette. | 11 |
| Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione. | Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc. | 12 |
|  | Capace di spostarsi per brevi tratti su superfici piane, ma è necessaria assistenza per tutte le altre manovre. | 14 |
| Non in grado di deambulare autonomamente. | Dipendente negli spostamenti con la carrozzina. | 15 |
| **SCALE** |  |
| In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. In grado di usare corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed è in grado di portarli con sé durante la salita o discesa. | 0 |
| In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.) | 2 |
| Capace di salire/scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione ed assistenza. | 5 |
| Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili). | 8 |
| Incapace di salire e scendere le scale. | 10 |
| **TOTALE VALUTAZIONE MOBILITà VMOB** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| PREVENZIONE – TRATTAMENTO DECUBITI |  **VPIA** |
| Rischio non elevato di lesioni da decubito | 0 |
| Rischio elevato (\*Exton Smith ≤10) o arrossamento o abrasione superficiale (gradi I-II) | 10 |
| \*Indice di Exton Smith per la valutazione del rischio di decubiti: |
| CONDIZIONI GENERALI: |  |
| Buone (4) Discrete (3) Scadenti (2) Pessime (1) |  |
| STATO MENTALE: |  |
| Lucido (4) Confuso (3) Apatico (2) Stuporoso (1) |  |
| ATTIVITA': |  |
| Normale (4) Cammina con aiuto (3) Costretto in sedia (2) Costretto a letto (1) |  |
| MOBILITA': |  |
| Normale (4) Leggermente limitata (3) Molto limitata (2) Immobile (1) |  |
| INCONTINENZA: |  |
| No (4) Occasionale (3) Urinaria abituale (2) Incontinenza doppia (1) |  |
| TOTALE (il rischio è elevato se l’indice è ≤ 10): |  |
| Presenza di 1 piaga (con interessamento del tessuto sottocutaneo - gradi III - IV)  | 15 |
| Presenza di 2 o più piaghe (almeno 2 con interessamento del sottocutaneo gradi III-IV) | 25 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOTE:** |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **COMPILATORE** |
| NOMINATIVO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **S.Va.M.A.****VALUTAZIONE SOCIALE** |

|  |
| --- |
| NOME: DATA DI NASCITA: |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |
| SEDE DI VALUTAZIONE: DATA:|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |

|  |
| --- |
| **Tessera sanitaria** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| **esenzione ticket** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| **Codice fiscale** |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**Residenza: via** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Comune** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Prov**. |\_\_|\_\_| |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sesso:*** **1** M
* **2** F
 | **Stato civile:*** **1** celibe/nubile
* **2** coniugato,
* **3** separato
* **4** divorziato
* **5** vedovo
* **6** non dichiarato
 | **Istruzione:*** **1** nessuna
* **2** licenza elementare
* **3** licenza media inferiore
* **4** diploma media superiore
* **5** diploma universitario
* **6** laurea
 | **Pensione:*** **1** nessuna
* **2** minima/sociale
* **3** altra pensione
 | **Invalidità civile:*** **1** Si
* **2** No

**Indennità di accompagnamento:*** **1** Si
* **2** No
* **3** in attesa
 |
| **Ultima professione:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Domanda di intervento:** |
| **Iniziativa della domanda (una sola risposta)****01**  🞎 propria**02**  🞎 familiare o affine**03** 🞎 soggetto civilmente obbligato**04**  🞎 assistente sociale pertinente**05**  🞎 medico**06**  🞎 tutore**07** 🞎 altro soggetto | **Tipologia della domanda (una sola risposta)****01**  🞎 generica**02**  🞎 assistenza domiciliare**03** 🞎 centro diurno**04**  🞎 ospitalità temporanea riabilitativa**05** 🞎 altra ospitalità temporanea**06**  🞎 accoglimento in residenza |
|  |  |
| **Motivo della domanda (una sola risposta) 01**  🞎 perdita dell’autonomia**02**  🞎 famiglia non in grado di provvedere**03**  🞎 solitudine**04** 🞎 alloggio non idoneo**05** 🞎 altro | **La persona è informata della domanda?****01** 🞎 si **02** 🞎 no |

|  |
| --- |
| **Medico curante:** **Tel.**  |

|  |
| --- |
| **PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE:**Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov |\_\_|\_\_|Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grado di parentela .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI** (nelle ultime righe indicare cumulativamente i parenti esistenti ma non significativi per il progetto assistenziale)(ART.433 C.C.: coniuge, figli e discendenti prossimi, genitori e ascendenti prossimi, generi e nuore, suoceri, fratelli e sorelle) |
|  | Cognome e nome | parentela **1** | età | professione | indirizzo e telefono | lontananza **2** | intensità attivazione attuale **3** | si occupa di **4** | intensità attivazione possibile **5** | si occuperà di **4** |
| ADL | iADL | super-visione | ADL | iADL | super-visione |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ALTRE PERSONE ATTIVE** (compreso personale privato) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ASSISTENZA PUBBLICA ATTIVA** (segnare i servizi attivi) h/sett. Interv/sett |
| 1 | SERVIZIO RESIDENZIALE (quale?) |  | 3 | PASTI A DOMICILIO |  | 6 | VIGILANZA-ACCOMPAGNAMENTO |  |  |
| 4 | TELESOCCORSO |  | 7 | IGIENE DELLA CASA |  |  |
| 2 | SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE (quale?) |  |
| 5 | TRASPORTO / ACCOMPAGNAMENTO |  | 8 | ASSISTENZA ALLA PERSONA |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

|  |
| --- |
| **SITUAZIONE ABITATIVA** |
| **TITOLO DI GODIMENTO** *(una sola risposta)* |  |
| * **1** proprietà
 | in affitto da: |
| * **2** usufrutto
 | * **5a** privato
 |
| * **3** titolo gratuito
 | * **5b** pubblico
 |
| * **4** non proprio, non in affitto (presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
 | E’ in atto lo sfratto esecutivo? Sì ❑ No ❑ |
| **DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO** *(una sola risposta)**rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)* |
| * **1** servita
* **2** poco servita
* **3** isolata
 |
| **BARRIERE ARCHITETTONICHE** *(una sola risposta)* |
| * **1** assenti
 |  |  | Piano: |  |\_\_\_| |  |  |
| * **2** solo esterne
 | Ascensore | Sì ❑ No ❑ |  |  |
| * **3** interne
 |  |  |  |  |  |  |
| **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 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 COMUNEPER L'ASSISTENZA: | * certamente no
* possibile
* certamente sì
 |
| NOTE:  |

|  |
| --- |
| **VALUTAZIONE FINALE DELL’ASSISTENTE SOCIALE ATS** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **ASSISTENTE SOCIALE ATS** |
| Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

|  |
| --- |
| **SUPPORTO della RETE SOCIALE (famiglia, privato, vicinato e volontariato)** |
|  |  | **supporto rete per soggetto non autonomo** |
|  | **soggetto autonomo** | sufficiente | ParzialmenteSufficienteo difficoltà di tenuta | insufficiente |
| Preparazione dei pasti | 0 | 5 | 10 | 10 |
| Pulizia della casa | 0 | 5 | 5 | 10 |
| Lavanderia | 0 | 5 | 5 | 10 |
| Effettuazione acquisti | 0 | 5 | 5 | 10 |
| Alimentazione | 0 | 5 | 10 | 20 |
| Bagno | 0 | 5 | 5 | 10 |
| Toeletta personale | 0 | 5 | 10 | 15 |
| Abbigliamento | 0 | 5 | 10 | 15 |
| Uso del wc (o padella o panno) | 0 | 5 | 15 | 25 |
| Assunzione dei medicinali (se pertinente) | 0 | 5 | 10 | 10 |
| Trasferimenti | 0 | 5 | 15 | 20 |
| Deambulazione | 0 | 5 | 10 | 15 |
| Gestione del denaro | 0 | 5 | 10 | 10 |
| Sostegno psicoaffettivo | 0 | 5 | 10 | 10 |
| Supervisione diurna | 0 | 5 | 15 | 25 |
| Supervisione notturna | 0 | 5 | 15 | 25 |
|  **TOTALE RETE SOCIALE** |  |  **VSOC** |  |

|  |
| --- |
| **PROFILO DELL'AUTONOMIA** |

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

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

|  |
| --- |
| **SITUAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)** |
| **PADL** |  | **VADL** |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** | autonomo o quasi  |  | Punteggio Barthel ADL = 0 - 14 |
| **2** | dipendente |  | Punteggio Barthel ADL = 15 - 49 |
| **3** | totalmente dipendente |  | Punteggio Barthel ADL = 50 - 60 |

|  |
| --- |
| **NECESSITà DI ASSISTENZA SANITARIA** |
| **PSAN** |  | **VSAN** |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** | bassa |  | Punteggio = 0 - 5 |
| **2** | intermedia |  | Punteggio = 10 - 20 |
| **3** | elevata |  | Punteggio ≥ 25 |

|  |
| --- |
| **SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE** |
| **PSOC** |  | **VSOC** |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** | ben assistito |  | Punteggio = | 0 - 80 |  |  |  |  |  |
| **2** | parzialmente assistito |  | Punteggio = | 85 - 160 |  |  |  |  |  |
| **3** | non sufficientementeassistito |  | Punteggio = | 165 - 240 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CODICE PROFILO**  |
| **PROF** |  |  |  |  |  |  | **PSOC** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **VERBALE U.V.I.M.** |
| **NOME: DATA DI NASCITA:|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|** |
| **Sintesi dei problemi attuali rilevati:** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sulla base della documentazione agli atti e di quanto emerso dalla valutazionemultidimensionale, l’unita’ operativa distrettuale prende le seguenti decisioni: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **convocati** | **presenti** | **PARTECIPANTI** | **Nome** | **Firma** |
| **1**🞎 | **1**🞎 | Responsabile U.V.I.M. |  |  |
| **2**🞎 | **2**🞎 | Medico curante |  |  |
| **3**🞎 | **3**🞎 | Assistente sociale ATS |  |  |
| **4**🞎 | **4**🞎 | Esperto / Geriatra |  |  |
| **5**🞎 | **5**🞎 |  |  |  |
| **6**🞎 | **6**🞎 |  |  |  |
| **7**🞎 | **7**🞎 |  |  |  |
| **8**🞎 | **8**🞎 |  |  |  |
|  |  |
| **ll responsabile del caso sarà:**(INDICARE IL RUOLO) | **Verifica programmata: |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|** |
| 🞎 attivazione 🞎 verifica | **TIMBRO E FIRMA DEL** **RESPONSABILE U.V.I.M.** |
| **DATA: |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **TIMBRO E FIRMA DEL** **RESPONSABILE ATS** |
|  |