

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 febbraio 2005, n. 107

Accesso ai servizi socio-sanitari di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati – Unità di Valutazione distrettuale – Adozione scheda multidimensionale dell'adulto e dell'anziano (S.V.A.M.A.).

L'Assessore alla Sanità ed ai Servizi sociali relatore, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal competente ufficio n. 2, confermate dal Dirigente d'Ufficio e dal dirigente di settore, riferisce:

La Regione Puglia, con propria legge n. 17/03, ha avviato la programmazione e la realizzazione, sul territorio, di un sistema integrato d'interventi e servizi sociali a garanzia della qualità della vita e dei diritti di cittadinanza, secondo i principi e le finalità di cui alla legge 8 novembre 2000 n. 328, in coerenza con i principi della Costituzione come riformata dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3.

In attuazione della predetta legge, la Giunta regionale, con deliberazione n. 1104 del 4 agosto 2004, ha approvato il Piano regionale delle politiche sociali, con il quale, tra l'altro, ha recepito le indicazioni dell'atto di indirizzo per l'esercizio delle funzioni socio-sanitarie di cui al DPCM 14.02.01, indicando, in particolare, le modalità procedurali con le quali l'integrazione deve essere perseguita.

Il percorso assistenziale prevede la definizione della natura del bisogno attraverso una valutazione multidisciplinare di salute e autonomia funzionale. (cfr cap. IV, Le azioni di sistema, punto 4.3.1, del citato Piano).

Tale valutazione è contemplata, anche, nel Regolamento di organizzazione e funzionamento delle

RSA approvato con deliberazione di Giunta regionale n. 210 del 19 marzo 2002.

Si rende necessario, quindi, uno strumento di lavoro per l'accesso ai servizi di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati utilizzabile dalle Unità di Valutazione distrettuali inteso quale unico e completo strumento per la valutazione multidimensionale dell'adulto e dell'anziano.

A fronte di tanto, l'ARes ha attivato un tavolo tecnico al quale hanno partecipato geriatri, psicologi, neurologi e riabilitatori. A conclusione dei lavori, in considerazione di una sperimentazione già effettuata e di una successiva validazione, detto strumento è stato individuato nella scheda per la valutazione multidimensionale dell'adulto e dell'anziano (S.V.A.M.A.) utilizzata nella regione Veneto.

Si ritiene, pertanto, che detta SCHEDE S.V.A.M.A. possa essere applicata a tutti gli utenti, per i quali verrà richiesto l'accesso alla rete di Servizi, a partire dal primo giorno del mese successivo all'avvenuta notifica ai Direttori generali delle Aziende USI- della presente deliberazione.

COPERTURA FINANZIARIA

Il presente provvedimento non comporta alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il Dirigente dell'Ufficio 2
Lucia Buonamico

A fronte di tanto, l'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta regionale l'adozione del conseguente atto finale ai sensi dell'art. 4, comma 4, lettera a) della L.R. n. 7/97.

LA GIUNTA

- Udita e fatta propria la relazione dell'Assessore alla Sanità;
- riscontrate le sottoscrizioni poste in calce al pre-

sente provvedimento dal Responsabile del procedimento, dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente di Settore;

A voti unanimi, espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di approvare, così come approva, per le motivazioni indicate in premessa, la scheda S.VA.M.A. per la valutazione multidimensionato dell'Adulto e dell'Anziano di cui allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto, quale unico e completo strumento per l'accesso di tutti gli utenti alla rete dei Servizi di rete

residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati;

2. di stabilire che la sua adozione avvenga dal primo giorno del mese successivo alla pubblicazione del presente atto sul BURP;
3. di disporre la pubblicazione del presente atto sul BURP ai sensi dell'art. 6 della L.R. n. 13/94.
4. di dare mandato, infine, al Settore Sanità di provvedere, d'intesa con l'AReS e con il Settore Servizi sociali, per gli ulteriori adempimenti.

Il Segretario della Giunta
Dr. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Raffaele Fitto

VALUTAZIONE IN SEDE U.O.D.

NECESSITÀ di ASSISTENZA SANITARIA	
ASSISTENZA INFERMIERISTICA	punteggio VIP <i>(vedi scheda "Valutazione Sanitaria")</i>
PREVENZIONE - TRATTAMENTO DECUBITI	punteggio VPIA <i>(vedi scheda "Valutazione Cognitiva e Funzionale")</i>
POTENZIALE RESIDUO	punteggio VPOT <i>(da valutare in UOD)</i>
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 MOBILITA'	5
Buon potenziale residuo (anche in patologia cronico-degenerativa, se presente sindrome ipocinetica da assistenza inadeguata)	20
Elevato potenziale residuo dopo evento acuto, con scarsa probabilità di recupero spontaneo	25
TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA E RIABILITATIVA	
VSAN	

SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE (famiglia, privato, vicinato e volontariato)				
	SOGGETTO AUTONOMO	SUPPORTO DELLA RETE PER SOGGETTO NON AUTONOMO		
		sufficiente	Parzialmente Sufficiente o difficoltà di tenuta	insufficiente
Preparazione dei pasti	0	5	10	10
Pulizia della casa	0	5	5	10
Lavanderia	0	5	5	10
Effettuazione acquisti	0	5	5	10
Alimentazione	0	5	10	20
Bagno	0	5	5	10
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

REGIONE PUGLIA - S.V.A.M.A.

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 insulino-dipendente	0	5
Scompenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca)	0	10
Cirrosi scompensata (ascite) con necessità come sopra elencate	0	10
Tracheostomia	0	5
Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al di)	0	5
Sondino naso-gastrico, gastrostomia (PEG)	0	10
Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale	0	10
Catetere vescicale	0	5
Ano artificiale o ureterostomia	0	5
nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine	0	10
Ulcere distrofiche agli arti	0	5
TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA	VIP	

REGIONE PUGLIA - S.V.A.M.A.

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 UOD)

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) | |

REGIONE PUGLIA - S.V.A.M.A.**ORECCHIO**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> H03 Tinnitio / 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"/> H86 Tutti i gradi di sordità NSA |
| <input type="checkbox"/> H77 Perforazione membrana del timpano | <input type="checkbox"/> H99 Altre malattie orecchio / mastoide |
| <input type="checkbox"/> H82 Sindrome vertiginosa | |

SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> K71 Febbre reumatica / cardiopatia | <input type="checkbox"/> K86 Iperensione non complicata |
| <input type="checkbox"/> K73 Anomalie congenite cuore / sistema circolatorio | <input type="checkbox"/> K87 Iperensione coinvolgente organi bersaglio |
| <input type="checkbox"/> K74 Angina pectoris | <input type="checkbox"/> K88 Ipotensione posturale |
| <input type="checkbox"/> K75 Infarto miocardico acuto | <input type="checkbox"/> K89 Ischemia cerebrale transitoria |
| <input type="checkbox"/> K76 Altre cardiopatie ischemiche / croniche | <input type="checkbox"/> K90 Colpo / accidente cerebrovascolare |
| <input type="checkbox"/> K77 Insufficienza cardiaca | <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 MUSCOLOSCHIELETRICO

- | | |
|---|--|
| <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"/> L72 Frattura radio / ulna | <input type="checkbox"/> L85 Deformità acquisite della colonna |
| <input type="checkbox"/> L73 Frattura tibia / fibula | <input type="checkbox"/> L86 Lesione disc lombare / irradiazione |
| <input type="checkbox"/> L74 Frattura ossa mano / piede | <input type="checkbox"/> L88 Artrite reumatoide / condizioni affini |
| <input type="checkbox"/> L75 Frattura femore | <input type="checkbox"/> L89 Osteoartrosi dell'anca |
| <input type="checkbox"/> L76 Altra frattura | <input type="checkbox"/> L90 Osteoartrosi del ginocchio |
| <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 muscoloscheletro |

SISTEMA NERVOSO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> N17 Vertigine / capogiro (escl H82) | <input type="checkbox"/> N85 Anomalie congenite |
| <input type="checkbox"/> N19 Disturbi del linguaggio | <input type="checkbox"/> N86 Sclerosi multipla |
| <input type="checkbox"/> N70 Poliomielite / altri enterovirus | <input type="checkbox"/> N87 Parkinsonismo |
| <input type="checkbox"/> N71 Meningite / encefalite | <input type="checkbox"/> N88 Epilessia tutti i tipi |
| <input type="checkbox"/> N72 Tetano | <input type="checkbox"/> N89 Emicrania |
| <input type="checkbox"/> N73 Altre infezioni sistema nervoso | <input type="checkbox"/> N90 Cefalea a grappolo |
| <input type="checkbox"/> N74 Neoplasie maligne | <input type="checkbox"/> N91 Paralisi facciale / paralisi di Bell |
| <input type="checkbox"/> N75 Neoplasie benigne | <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"/> P15 Abuso cronico di alcool | <input type="checkbox"/> P75 Disturbo isterico / ipocondriaco |
| <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"/> P70 Demenza senile / Alzheimer | <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 Tuberculosis 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"/> R95 Enfisema / BPCO |
| <input type="checkbox"/> R83 Altre infezioni del sistema respiratorio | <input type="checkbox"/> R96 Asma |
| <input type="checkbox"/> R84 Neoplasie maligne bronchi / polmone | <input type="checkbox"/> R99 Altra malattia sistema respiratorio |

REGIONE PUGLIA – S.V.A.M.A.**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 Altra 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"/> T11 Disidratazione | <input type="checkbox"/> T90 Diabete mellito |
| <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"/> T82 Obesità (BMI ≥ 30) | <input type="checkbox"/> T93 Disturbi del metabolismo lipidico |
| <input type="checkbox"/> T83 Sovrappeso (BMI < 30) | <input type="checkbox"/> T99 Altra malattia endocrino metabolica nutrizionale |
| <input type="checkbox"/> T85 Iperitiroidismo / tireotossicosi | |

SISTEMA URINARIO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> U04 Incontinenza urinaria | <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 Altra malattia sistema urinario |

SISTEMA GENITALE FEMMINILE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> X75 Neoplasie maligne della cervice | <input type="checkbox"/> X84 Vaginite / vulvite NSA |
| <input type="checkbox"/> X76 Neoplasie maligne della mammella | <input type="checkbox"/> X87 Prolasso uterovaginale |
| <input type="checkbox"/> X77 Altre neoplasie maligne | <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"/> Y77 Neoplasie maligne prostata | <input type="checkbox"/> Y99 Altra malattie genit masch incl mamm |

COMPILATORE

nome:

firma:

REGIONE PUGLIA - S.V.A.M.A.

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:

REGIONE PUGLIA - S. VA. M. A.

SITUAZIONE FUNZIONALE INDICE DI BARTHEL - Attività di Base	
ALIMENTAZIONE	
Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.	0
Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc.. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.	2
Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.	5
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.	8
Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc).	10
BAGNO/DOCCIA (lavarsi)	
Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una 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 necessario.	0
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma; occasionali perdite.	2
Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.	5
Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.	8
Incontinente.	10
CONTINENZA URINARIA	
Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni.	0
Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.	2
In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario aiuto parziale nell'uso dei dispositivi.	5
Incontinente ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	8
Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni.	10

REGIONE PUGLIA – S.V.A.M.A.

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)	
<small>VADL</small>	

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

REGIONE PUGLIA - S.V.A.M.A.

S.V.A.M.A.**VALUTAZIONE SOCIALE****NOME:****DATA DI NASCITA:** | | | | | | | | | |**SEDE DI VALUTAZIONE:****DATA:** | | | | | | | | | |

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

Residenza: via

Tel.

Comune

Stato civile: 1 coniugato 2 separato/divorziato 3 vedovo 4 celibe/nubile**Sesso:** 1 M 2 F**Istruzione:**1 nessun titolo2 licenza elementare3 scuole medie inf./avviamento4 scuola professionale5 medie superiori6 laurea**Pensione:** 1 nessuna2 minima / sociale3 altra pensione**Ultima professione:****Invalidità civile** 1 si 2 no**Indennità accompagnamento** 1 si 2 no 3 in attesa**DOMANDA DI INTERVENTO:****Motivo della domanda** (una sola risposta)01 perdita dell'autonomia02 famiglia non in grado di provvedere03 solitudine04 alloggio non idoneo05 altro**La persona è informata della domanda?**01 si02 no**Iniziativa della domanda** (una sola risposta)01 propria02 familiare o affine03 soggetto civilmente obbligato04 assistente sociale pertinente05 medico06 tutore07 altro soggetto**Tipologia della domanda** (una sola risposta)01 generica02 assistenza domiciliare03 centro diurno04 ospitalità temporanea riabilitativa05 altra ospitalità temporanea06 accoglimento in residenza**Medico curante:****Tel.****PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE:**

Cognome e nome

Via Comune

tel grado di parentela

REGIONE PUGLIA - S. V.A.M.A.

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 attuale ³			si occupa di ⁴			intensità attivazione possibile ⁵			si occuperà di ⁴							
						ADL	IADL	super-visione	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)																						
1 SERVIZIO RESIDENZIALE (quale?)											3 PASTI A DOMICILIO			6 VIGILANZA- ACCOMPAGNAMENTO			h/sett			Interv/sett		
											2 SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE (quale?)											4 TELESOCCORSO
																						5 TRASPORTO / ACCOMPAGNAMENTO

- ¹ C = coniuge, FI = figlio/a, FR = fratello/sorella, G = genitore, NO = nonno/a, ND = nipote diretto, NI = nipote indiretto, NU = genero/nuora, AL = altro familiare, VI = amici/vicini
² C = convivente, V = immediate vicinanze, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora
³ indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza (o lo è stata finora)
⁴ croccettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), IADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna)
⁵ indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui si prevede che la persona possa essere presente nell'assistenza per il futuro

REGIONE PUGLIA - S. V. A. M. A.

SITUAZIONE ABITATIVA	
TITOLO DI GODIMENTO <i>(una sola risposta)</i>	
1 <input type="checkbox"/> proprietà 2 <input type="checkbox"/> usufrutto 3 <input type="checkbox"/> titolo gratuito 4 <input type="checkbox"/> non proprio, non in affitto (presso _____)	in affitto da: 5 a <input type="checkbox"/> privato 5 b <input type="checkbox"/> pubblico E' in atto lo sfratto esecutivo? sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO <i>(una sola risposta)</i> <i>rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)</i>	
1 <input type="checkbox"/> servita 2 <input type="checkbox"/> poco servita 3 <input type="checkbox"/> isolata	
BARRIERE ARCHITETTONICHE <i>(una sola risposta)</i>	
1 <input type="checkbox"/> assenti 2 <input type="checkbox"/> solo esterne 3 <input type="checkbox"/> interne	piano: _____ ascensore sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
GIUDIZIO SINTETICO	
1 <input type="checkbox"/> abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n° di persone, ben servito) 2 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 TOTALE DELL'ANZIANO MENSILE: <i>(inclusa l'eventuale indennità di accompagnamento se percepita o anche solo riconosciuta)</i>	€
RISPARMI DELL'ANZIANO:	<input type="checkbox"/> no o inferiori a 2.500,00 Euro <input type="checkbox"/> fino a 5.000,00 Euro <input type="checkbox"/> fino a 10.000,00 Euro <input type="checkbox"/> fino a 50.000,00 Euro <input type="checkbox"/> oltre 50.000,00 Euro <input type="checkbox"/> non noti
SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO:	€
ULTERIORE DISPONIBILITÀ ECONOMICA MENSILE DICHIARATA DAI FAMILIARI PER L'ASSISTENZA:	<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> fino a 500,00 Euro <input type="checkbox"/> fino a 1000,00 Euro <input type="checkbox"/> fino a 1.500,00 Euro <input type="checkbox"/> oltre <input type="checkbox"/> copertura completa delle spese
INTEGRAZIONE ECONOMICA DEL COMUNE PER L'ASSISTENZA:	<input type="checkbox"/> certamente no <input type="checkbox"/> possibile <input type="checkbox"/> certamente sì
NOTE:	

