



## VALUTAZIONE IN SEDE U.V.M.

### NECESSITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA

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

### ULTERIORI BISOGNI

		si	no
Trattamenti specialistici	Dialisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità	Controllo dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Assistenza Stato Terminale Oncologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Assistenza Stato Terminale non Oncologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisogni assistenziali relativi a disabilità	Trattamenti Riabilitativi Neurologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trattamenti Riabilitativi Ortopedici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trattamenti Riabilitativi di Mantenimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educazione terapeutica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto care giver		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE

(famiglia, privato, vicinato e volontariato)

	SOGGETTO AUTONOMO	SUPPORTO RETE PER SOGGETTO NON AUTONOMO		
		Sufficiente	Parzialmente sufficiente o difficoltà di tenuta	Insufficiente
Preparazione dei pasti	0	5	10	10
Pulizia della casa	0	5	5	10
Lavanderia	0	5	5	10
Effettuazione acquisti	0	5	5	10
Alimentazione	0	5	10	20
Bagno	0	5	5	10
Toeletta personale	0	5	10	15
Abbigliamento	0	5	10	15
Uso del wc (o padella o panno)	0	5	15	25
Assunzione dei medicinali (se pertinente)	0	5	10	10
Trasferimenti	0	5	15	20
Deambulazione	0	5	10	15
Gestione del denaro	0	5	10	10
Sostegno psico-affettivo	0	5	10	10
Supervisione diurna	0	5	15	25
Supervisione notturna	0	5	15	25
<b>TOTALE RETE SOCIALE</b>		<b>VSOC</b>		

## PROFILO DELL'AUTONOMIA

### SITUAZIONE COGNITIVA

PCOG		VCOG	
1	Lucido		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 0 - 3
2	Confuso		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 4 - 8
3	Molto confuso o stuporoso		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 9 - 10

### MOBILITÀ'

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

### SITUAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)

PADL		VADL	
1	Autonomo o quasi		Punteggio Barthel ADL = 0 - 14
2	Dipendente		Punteggio Barthel ADL = 15 - 49
3	Totalmente dipendente		Punteggio Barthel ADL = 50 - 60

### NECESSITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA

PSAN		VSAN	
1	Bassa		Punteggio = 0 - 5
2	Intermedia		Punteggio = 10 - 20
3	Elevata		Punteggio > 25

### SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE

PSOC		VSOC	
1	Ben assistito		Punteggio = 0 - 80
2	Parzialmente assistito		Punteggio = 85 - 160
3	Non sufficientemente assistito		Punteggio = 165 - 240

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

PROF		PSOC
	+	

## PROFILO COMPORTAMENTALE

### DISTURBI COMPORTAMENTALI

PCOM		VCOM	
1	Assenti/lievi		Punteggio NPI = punteggio totale < 24; punteggio subscale < 4; massimo una subscale con punteggio 6
2	Moderati		Punteggio NPI = punteggio totale < 24 ed almeno due subscale con punteggio 6; massimo una subscale con punteggio 9
3	Gravi		Punteggio NPI = punteggio totale > 24 ed almeno due subscale con punteggio > 9

### ALTERAZIONE RITMO SONNO VEGLIA

PALT		SVALTS	
1	Assente		Punteggio NPI - Disturbo del sonno (VCOM) = 0
2	Presente		Punteggio NPI - Disturbo del sonno (VCOM) > 0

## VERBALE U.V.M.

<b>NOME:</b>	<b>Data di Nascita:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<b>SINTESI DEI PROBLEMI ATTUALI RILEVATI:</b>	
.....	
.....	
<b>SULLA BASE DELLA DOCUMENTAZIONE AGLI ATTI E DI QUANTO EMERSO DALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, L'U.V.M. PRENDE LE SEGUENTI DECISIONI:</b>	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

### CODIFICA PROGETTO ASSISTENZIALE

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

Nel caso di ACCOGLIENZA IN STRUTTURA RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE, indicare la motivazione alla base della richiesta di inserimento all'interno della struttura:

01 <input type="checkbox"/> Perdita autonomia (decorso degenerativo)	04 <input type="checkbox"/> Solitudine
02 <input type="checkbox"/> Stabilizzazione stato clinico (post acuzie)	05 <input type="checkbox"/> Alloggio non idoneo
03 <input type="checkbox"/> Insufficienza del supporto familiare	06 <input type="checkbox"/> Altra motivazione sociale

Convocati	Presenti	Partecipanti	Nome	Firma
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Direttore Distretto o delegato		
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	MMG/PLS		
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Medico Specialista in		
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Psicologo		
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Assistente Sociale distrettuale		
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	Infermiere		
7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	PRS		
8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	Assistente Sociale comunale		
9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	Assistente Sociale Pres. Osped.		
10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>			

<b>Il responsabile del caso sarà:</b>	<b>Verifica programmata:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Attivazione	<input type="checkbox"/> Verifica
<b>DATA</b> Valutazione:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE U.V.M.</b>