

DISTRETTO SOCIOSANITARIO

UNITÀ DI VALUTAZIONE TERRITORIALE

SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

PAZIENTE

Cognome e Nome

Sesso

Luogo di nascita

Data di nascita

Residente a

Cap.

Via

Telefono

Codice Fiscale:

Paziente: _____ Data: _____

1a. DIMENSIONE CLINICA

Indice di Comorbidità (CIRS)¹

Patologie Cardiache (solo cuore)

Diagnosi

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

Ipertensione (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

¹ 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, ifisema polm., insuff. cardiaca conges.)
- 5- **Menomazione Molto Grave:** può essere letale; trattamento di emergenza o inefficace; prognosi grave (ad es. infarto miocardio, ictus, emorragie digestive, embolia)

Il Medico compilatore: _____

Paziente: _____ Data: _____

1b. DIMENSIONE CLINICA

Scala di Instabilità Clinica²

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:

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

Il Medico compilatore: _____

² Bernardini et al. 1995.

³ 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 Barthel⁴

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

Il compilatore _____

⁴ 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 Examination⁵

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
0	1
0	1
0	1
0	1
0	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?

0	1
0	1
0	1
0	1
0	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)

0	1	2	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

0	1	2	3	4	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)

0	1	2	3	4	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)

0	1	2	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)

0	1	2
---	---	---

5.2. RIPETIZIONE

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

0	1
---	---

⁵ 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)

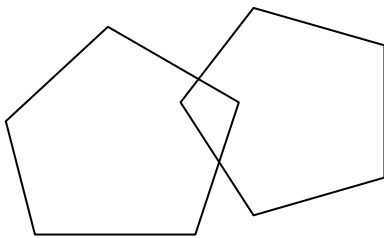
0 1

6. COPIA DISEGNO (O PRASSIA COSTRUTTIVA)

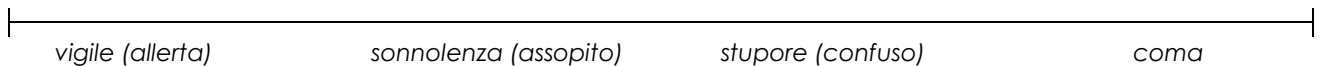
6.1. Far copiare dall'ospite il disegno dei due PENTAGONI INTERSECANTI:

(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 Questionnaire⁶

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

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 _____

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

Paziente: _____ Data: _____

4.a Situazione Abitativa⁷

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:

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

4.b Situazione Reddituale⁸

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 |

Integrazione economica del comune per l'assistenza:

- certamente no
- possibile
- certamente sì

Note:

Il compilatore _____

⁸ 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 SOCIALE⁹

	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 _____

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