

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 dicembre 2012, n. 1842

Adozione della scheda di valutazione multidimensionale S.Va.M.Di. Quale strumento valutativo per persone con disabilità

LA GIUNTA REGIONALE

VISTE la L.R. 12/96 e successive modifiche ed integrazioni concernente la "Riforma dell'organizzazione regionale";

la D.G.R. 11/98 con cui sono stati individuati gli atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale, la D.G.R. 2903 del 13 dicembre 2004, disciplina dell'iter procedurale delle proposte di deliberazione della Giunta, come modificata dalla successiva D.G.R. n. 637 del 03.05.06;

le D.G.R. 1148/05 e la D.G.R. 1380/05 relative alla denominazione e configurazione dei Dipartimenti regionali;

la D.G.R. 2017/05 con cui sono state individuate le strutture dirigenziali ed è stata stabilita la declaratoria dei compiti alle medesime assegnati, come modificata dalla successiva D.G.R. 1729 del 13.11.2006;

VISTO il D.P.C.M. 29.11.2001 con cui sono stati individuati i Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) da garantire a tutti gli assistiti dal S.S.N. a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa nel rispetto delle risorse finanziarie pubbliche di cui all'art. commi 2 e 3 del D.Lgs 502/92 e s.m.i.;

VISTO il Piano Regionale integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità 2012-2015 di cui alla D.C.R. n. 317 del 24/07/2012 che, nell'ambito del distretto di comunità, contempla, quale obiettivo specifico, il "potenziamento della Unità di Valutazione Integrata (UVI), quale modalità unica di valutazione ed eleggibilità ai vari setting assistenziali attraverso l'adozione di strumenti per la valutazione del bisogno assistenziale" da adottarsi entro il primo semestre di vigenza del piano;

CONSIDERATA la necessità di adottare sul territorio regionale, in linea con gli orientamenti internazionali e nazionali, un sistema unico di valutazione multidimensionale per persone con disabilità che garantisca un accesso omogeneo alle prestazioni sanitarie, socio sanitarie e sociali;

RITENUTO di coinvolgere nella individuazione dello strumento valutativo il gruppo di lavoro, costituito con DD n. 7202/2011/D.00028 del 31/01/2011 che, in linea con il nuovo Piano di indirizzo per la riabilitazione, di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni del 10/02/2011, sta elaborando le nuove linee guida regionali;

VISTA la nota con cui il predetto gruppo di lavoro ha proposto, quale strumento di valutazione multidimensionale del disabile, lo S.Va.M.Di. in virtù della necessità di operare una valutazione multidimensionale basata sulla struttura e sulla organizzazione concettuale dell'International Classification of Functioning, disability and Health (ICF), approvata dall'O.M.S. nel 2001;

DATO ATTO che il succitato strumento di valutazione consente una raccolta coerente delle informazioni utili alla stesura di un progetto individuale delle persone con disabilità e risponde alla esigenza di rendere omogenei i sistemi di valutazione della persona, attraverso una serie di strumenti di rilevazione del bisogno;

RITENUTO di dover adottare lo S.Va.M.Di quale strumento per la valutazione multidimensionale per persone con disabilità, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, che si compone delle seguenti schede:

- Scheda A – valutazione sanitaria;
- Scheda B – valutazione specialistica;
- Scheda C – valutazione sociale;
- Scheda D – cartella U.V.I. ;
- Istruzioni per l'uso della scheda S.Va.M.Di;

RITENUTO altresì, di dare mandato alle Aziende Sanitarie regionali di predisporre un piano di formazione rivolto agli operatori che concorrono alla valutazione;

Su proposta dell'Assessore al ramo

DELIBERA

Per quanto in premessa che si intende integralmente richiamato e trascritto:

1. di adottare lo S.Va.M.Di quale strumento regionale per la valutazione multidimensionale per persone con disabilità, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, che si compone delle seguenti schede:
 - Scheda A - valutazione sanitaria;
 - Scheda B - valutazione specialistica;
 - Scheda C - valutazione sociale;
 - Scheda D - cartella U.V.I. ;
 - Istruzioni per l'uso della scheda S.Va.M.Di;
2. di dare mandato alle Aziende sanitarie regionali di predisporre un programma di formazione e addestramento costante destinato a tutti gli operatori che concorrono alla valutazione.

ALLEGATO A

S.V.A.M.DI. SCHEDA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE - DISABILI SCHEDA A VALUTAZIONE SANITARIA PER L'ACCESSO AI SERVIZI TERRITORIALI	
--	--

Nome e Cognome _____ Data di Nascita ____/____/____

CODICE FISCALE																							
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td> </tr> </table>																							
N. Tessera Sanitaria																							
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td> </tr> </table>																							
HANDICAP (L 104/92)				INVALIDITÀ CIVILE				ACCOMPAGNAMENTO (L 18/80)															
NO	IN CORSO	SI	Situazione di gravità	NO	NO	SI	≥ 33%	≥ 46%	NO	SI	SI												
				SI			≥ 66%	100															
Residenza:																							
Domicilio:																							
Comune: Prov.:																							
Recapiti telefonici:																							

DATI BIO - ANTROPOMETRICI

data	Peso in kg	Altezza in m	IMC	PA mm/Hg	FC bpm	FR a/m

TAB. 1 CONDIZIONI PATOLOGICHE

Ritardo Mentale	SI	NO	Demenza	SI	NO	Disturbo Psichiatrico	SI	NO
-----------------	----	----	---------	----	----	-----------------------	----	----

TAB. 2 - FUNZIONI CORPOREE

Categorie	Codice	Qualificatore	Categorie	Codice	Qualificatore
Funzioni intellettive	b117		Deglutizione	b5105	
Funzioni psicosociali globali	b122		Continenza fecale	b5253	
Recepire il linguaggio	b1670		Continenza urinaria	b6202	
Espressione del linguaggio	b1671		Funzioni della mobilità articolare	b710	
Funzioni della vista	b210		Funzioni della forza muscolare	b730	
Funzioni uditive	b230		Funzioni del tono muscolare	b735	
Sensazione di dolore	b280		Funzioni del movimento involontario	b765	
Tolleranza dell'esercizio fisico	b455		Funzioni del pattern dell'andatura	b770	
Masticazione	b5102		Funzioni protettive della cute	b810	

Se in qualsiasi FUNZIONE dovesse rilevarsi un qualificatore ≥ 3 compilare la Tab. 4 - Scheda ISM

ALLEGATO A

TAB 3 - FATTORI AMBIENTALI			
UTILIZZA AUSILI TECNICI PER LA FUNZIONE:		È IN TERAPIA FARMACOLOGICA CON:	
Cardiaca	Respiratoria	Antiepilettici	Antidolorifici
Digerente	Renale	Antipsicotici	Antineoplastici
Motoria	Comunicativa	Antidiabetici	Altro
È ASSISTITO CON CONTINUITÀ DA:		HA UNA DIPENDENZA DA:	
Familiare/i	Caregiver	Alcool	Altre sostanze

Se risulta l'utilizzo di ausili, compilare la Tab.4-ISM.

TAB. 4 – SCHEDE INDICE DI SEVERITÀ DELLA MALATTIA- ISM da compilare se l'assistito presenta un livello di gravità ≥ 3 nella tabella 2		
	PATOLOGIA	Classe ISM
a	Cardiopatía organica: valvulopatie, endo-mio-pericardite, aritmie secondarie a tali patologie	
b	Cardiopatía ischemica: IMA, angina pectoris e aritmie causate da ischemia	
c	Disturbi primitivi del ritmo e della conduzione: aritmie in assenza di cardiopatía organica ed ischemica	
d	Insufficienza cardiaca congestizia da cause extracardiache: es. cuore polmonare cronico, insufficienza renale	
e	Ipertensione arteriosa	
f	Accidenti vascolari cerebrali	
g	Vasculopatie periferiche	
h	Diabete Mellito	
h1	Malattie endocrine	
i	Malattie respiratorie	
l	Neoplasie maligne	
m	Malattie epato-biliari	
n	Malattie renali	
o	Malattie osteo-articolari	
p	Malattie gastrointestinali	
q	Malnutrizione	
r	Parkinsonismi	
s	Depressione	
s1	Malattie mentali: tutte le malattie mentali ad eccezione della depressione	
t	Deterioramento mentale	
u	Anemia	
v	Deficit sensoriali	
x	Piaghe da decubito	
z	Altro	

INDICE DI SEVERITÀ DELLE MALATTIE (ISM) – CLASSE DI COMORBILITÀ (QUADRO CONCLUSIVO)			
0	Nessuna patologia con ISM > 2	2	1 patologia con ISM = 3 e le altre con ISM ≤ 2
1	1 patologia con ISM = 3 e le altre con ISM ≤ 1	3	2 o più patologie con ISM = 3 o 1 pat. con ISM = 4

ANNOTAZIONI:

TAB. 5 PROPOSTA INVIO REGIME ASSISTENZIALE			
	AMBULATORIALE		DOMICILIARE
	SEMIRESIDENZIALE		RESIDENZIALE

Data ____ / ____ / ____

MMG. Timbro e Firma

PARTE 1 – DESCRIZIONE CONDIZIONE DI SALUTE

TAB. 1 – ICF				
Menomazioni Funzioni corporee		b _ _ _ . _	b _ _ _ . _	b _ _ _ . _
		b _ _ _ . _	b _ _ _ . _	b _ _ _ . _
Menomazioni Strutture corporee		s _ _ _ . _ _ _	s _ _ _ . _ _ _	s _ _ _ . _ _ _
Limitazioni delle Attività		d _ _ _ . _ _	d _ _ _ . _ _	d _ _ _ . _ _
		d _ _ _ . _ _	d _ _ _ . _ _	d _ _ _ . _ _
Restrizioni alla Partecipazione		d _ _ _ . _ _	d _ _ _ . _ _	d _ _ _ . _ _
Fattori Ambientali	Facilitatori	e _ _ _ + _	e _ _ _ + _	e _ _ _ + _
	Barriere	e _ _ _ . _	e _ _ _ . _	e _ _ _ . _

PARTE 2– VALUTAZIONE ASSISTENZA SANITARIA (VSAN)

Riportare nella Tab. 1 il dato fornito dal medico di medicina generale (vedi Tab. 4 della Scheda A attivazione del percorso di accesso ai servizi territoriali).

TAB. 1 - CLASSE DI COMORBILITÀ	VCOM
Nessuna patologia con ISM > 2	0
Classe 1: 1 patologia con ISM = 3 e le altre con ISM non >1	5
Classe 2: 1 patologia con ISM = 3 e le altre con ISM non >2	15
Classe 3: 2 o più patologie con ISM = 3 o 1 patologia con ISM = 4	25

La Tab. 2 va compilata dalla UVBR o dal medico prescrittore

TAB. 2- ASSISTENZA INFERMIERISTICA	VIP
Diabete insulinodipendente	5
Scompenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca)	10
Cirrosi scompensata (ascite) con necessità come sopra elencate	10
Tracheostomia	5
Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al dì)	5
Sondino naso-gastrico, gastrostomia, PEG	10
Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale o terapia infusionale quotidiana	10
Catetere vescicale	5
Ano artificiale e/o ureterostomia	5
Nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine o terapia antalgica che richiede adeguamento della posologia	10
Ulcere distrofiche agli arti e/o altre lesioni della cute chirurgiche, traumatiche, oncologiche	5
Totale VIP	

PUNTEGGIO ASSISTENZA SANITARIA (VSAN=VCOM+VIP)

NECESSITA' di ASSISTENZA SANITARIA		
PROFILO SANITARIO-PSAN		VSAN
1	Bassa	Punteggio = 0 - 5
2	Intermedia	Punteggio = 10 - 20
3	Elevata	Punteggio ≥ 50 - 60

PARTE 3- VALUTAZIONE COGNITIVA-COMPORTAMENTALE (VCOG)

TAB. 1 - SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE - SPMSQ <i>modificato - Da compilare solo se l'assistito non ha un Ritardo Mentale</i>	VCOG1
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 VCOG1	

TAB. 2 - RITARDO MENTALE <i>va compilata solo se l'assistito ha un ritardo mentale</i>				
Condizione	ICD 9CM-cod.	Grado di Severità	Valori di Q. I.	VCOG2
Ritardo Mentale	317	lieve	da 75-70 a 55-50	2
Ritardo Mentale	318.00	medio	da 55-50 a 40-35	3
Ritardo Mentale	318.01	grave	da 40-35 a 25-20	4
Ritardo Mentale	318.02	profondo	inferiore a 25-20	4
Totale VCOG2				

La tabella 3 che segue va compilata solo se l'assistito ha manifestato comportamenti aggressivi e comunque in base all'osservazione degli ultimi 30 giorni

TAB. 3 - PROBLEMI COMPORTAMENTALI				
SI	NO	Vagare - senza alcun motivo razionale, apparentemente senza badare ai propri bisogni ed alla sicurezza		
SI	NO	Usare linguaggio offensivo - ha spaventato, minacciato, gridato ad altre persone		
SI	NO	Essere fisicamente aggressivo - ha colpito, ferito, graffiato, abusato di altre persone		
SI	NO	Comportamento socialmente inadeguato - emette suoni fastidiosi, rumori, urla, compie gesti di autolesionismo, compie atti osceni o si spoglia in pubblico, lancia cibo/feci, rovista tra le cose degli altri, ha comportamenti ripetitivi, si sveglia presto e disturba		
SI	NO	Rifiutare l'assistenza - rifiuta di prendere le medicine, fare le iniezioni, l'assistenza nelle ADL, nel mangiare o nei cambiamenti di posizione		
ATTRIBUIRE IL PUNTEGGIO SOLO SE I PROBLEMI PREVALENTI SONO QUELLI COMPORTAMENTALI			VCOG3	4

PUNTEGGIO VALUTAZIONE COGNITIVA E COMPORTAMENTALE (VCOG= VCOG1 o VCOG2 o VCOG3)	

SITUAZIONE COGNITIVA				
Profilo Cognitivo - PCOG		VCOG		
01	Capace di autodeterminarsi	Indicativamente: punteggio	VCOG1 = 0-3 VCOG2 = 2	
02	Parzialmente Capace di autodeterminarsi	Indicativamente: punteggio	VCOG1 = 4-8 VCOG2 = 3	
03	Incapace di autodeterminarsi	Indicativamente: punteggio	VCOG1 = 9-10 VCOG2 = 4	
04	Problemi comportamentali prevalenti punteggio VCOG3 = 4			

PARTE 4 – VALUTAZIONE FUNZIONALE (VADL)

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
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 svuotarla e pulirla.	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 VADL	

SITUAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)		
Profilo Funzionale-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

PARTE 5 – VALUTAZIONE MOBILITÀ-VMOB

TAB.1 MOBILITÀ - INDICE DI BARTHEL

(N.B.: Compilare solo se la persona è prevalentemente/completamente allettata o utilizza la carrozzella)

TRASFERIMENTO LETTO – SEDIA o CARROZZINA		
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
(Barthel) Totale VMOB1		

Tab.2 .MOBILITÀ - SCALA DI TINETTI*(N.B.: Compilare se la persona può assumere e mantenere la stazione eretta con o senza ausili)*

Equilibrio			Andatura		
1	Equilibrio da seduto		10	Inizio della deambulazione	
	Si inclina, scivola dalla sedia	0		Una certa esitazione, o più tentativi	0
	E' stabile, sicuro	1		Nessuna esitazione	1
2	Alzarsi dalla sedia		11	Lunghezza ed altezza del passo	
	E' incapace senza aiuto	0		Piede dx	
	Deve aiutarsi con le braccia	1		Il piede dx non supera il sx	0
	Si alza senza aiutarsi con le braccia	2		Il piede dx supera il sx	1
3	Tentativo di alzarsi			Il piede dx non si alza completamente dal pavimento	0
	E' incapace senza aiuto	0		Il piede dx si alza completamente dal pavimento	1
	Capace, ma richiede più di un tentativo	1		Piede sx	
	Capace al primo tentativo	2		Il piede sx non supera il dx	0
4	Equilibrio nella stazione eretta (primi 5 sec.)			Il piede sx supera il dx	1
	Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco)	0		Il piede sx non si alza completamente dal pavimento	0
	Stabile grazie all'uso di bastone o altri ausili	1		Il piede sx si alza completamente dal pavimento	1
	Stabile senza ausili	2	12	Simmetria del passo	
5	Equilibrio nella stazione eretta prolungata			Il passo dx e il sx non sembrano uguali	0
	Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco)	0		Il passo dx e il sx sembrano uguali	1
	Stabile, ma a base larga (i malleoli mediali distano >10 cm)	1	13	Continuità del passo	
	Stabile, a base stretta, senza supporti	2		Interrotto o discontinuo	0
6	Romberg			Continuo	1
	Instabile	0	14	Traiettoria	
	Stabile	1		Deviazione marcata	0
7	Romberg sensibilizzato			Deviazione lieve o moderata, o uso di ausili	1
	Comincia a cadere	0		Assenza di deviazione e di uso di ausili	2
	Oscilla, ma si riprende da solo	1	15	Tronco	
	Stabile	2		Marcata oscillazione o uso di ausili	0
8	Girarsi di 360 gradi			Flessione ginocchia o schiena, o allargamento delle braccia	1
	A passi discontinui	0		Nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia o ausili	2
	A passi continui	1	16	Cammino	
	Instabile	0		I talloni sono separati	0
	Stabile	1		I talloni quasi si toccano durante il cammino	1
9	Sedersi				
	Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia)	0			
	Usa le braccia, o ha un movimento discontinuo	1			
	Sicuro, movimento continuo	2			

TOTALE EQUILIBRIO ____/16**TOTALE ANDATURA** ____/12**(Tinetti) Totale VMOB2** ____/28

PUNTEGGIO VALUTAZIONE MOBILITA'
(VMOB= VMOB1 o VMOB2)

MOBILITA'

Profilo Mobilità-PMOB		VMOB	
1	Si sposta da solo	Punteggio Barthel MOB = 0 - 14	Punteggio Tinetti = 20 - 28
2	Si sposta assistito	Punteggio Barthel MOB = 15 - 29	Punteggio Tinetti = 7 - 19
3	Non si sposta	Punteggio Barthel MOB = 30 - 40	Punteggio Tinetti = 0 - 6

Codice Profilo	PSAN			PCOG				PADL			PMOB		
	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3

ANNOTAZIONI: _____

PRESCRIZIONE EX ART.26 L.833/78	PROPOSTA INVIO REGIME ASSISTENZIALE			
	<input type="checkbox"/>	AMBULATORIALE	<input type="checkbox"/>	DOMICILIARE
	<input type="checkbox"/>	SEMIRESIDENZIALE	<input type="checkbox"/>	RESIDENZIALE
	<input type="checkbox"/>	ATTIVAZIONE UVI		

DATA ____ / ____ / ____

Timbro e Firma Responsabile

ALLEGATO C

S.V.A.M.Di.
SCHEDA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE - DISABILI
SCHEDA C
VALUTAZIONE SOCIALE

DATI ANAGRAFICI

Codice univoco della persona _____
 COGNOME _____ NOME _____
 LUOGO DI NASCITA _____ DATA _____
 CITTADINANZA _____
 RESIDENZA _____
 DOMICILIO _____
 COMUNE DI RESIDENZA STORICA _____

ACCESSO AL SISTEMA INTEGRATO

SEDE DI ACCESSO _____ DATA _____
 CODICE FISCALE _____
 TESSERA SANITARIA _____ ASL _____ DS _____
 MMG/PLS _____ RECAPITO _____
 SEDE DI VALUTAZIONE _____ DATA _____

1. Iniziativa della Domanda

- propria
 familiare o affine
 soggetto civilmente obbligato
 assistente sociale pertinente
 medico
 tutore
 altro soggetto

2. Tipologia della Domanda

- assistenza domiciliare
 assistenza semiresidenziale continuativa
 assistenza semiresidenziale temporanea
 assistenza residenziale continuativa
 assistenza residenziale temporanea
 altro (spec.) _____

PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE

COGNOME e NOME _____
 VIA _____ COMUNE _____
 TELEFONO _____ GRADO DI PARENTELA _____

EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA

COGNOME e NOME _____
 VIA _____ COMUNE _____
 TELEFONO _____ RUOLO _____

ALLEGATO C

1. PROFILO PERSONALE

MASCHIO FEMMINA

1.1 Stato civile
<input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> convivente <input type="checkbox"/> non dichiarato

1.2 Titolo di studio
<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> licenza elementare <input type="checkbox"/> licenza media inferiore <input type="checkbox"/> qualifica professionale <input type="checkbox"/> diploma media superiore <input type="checkbox"/> diploma di laurea / laurea I livello <input type="checkbox"/> laurea magistrale / laurea specialistica <input type="checkbox"/> non dichiarato
Specifica.....

1.3 Condizione lavorativa		
<input type="checkbox"/> Occupato/a	<input type="checkbox"/> occupazione stabile <input type="checkbox"/> occupazione temporanea <input type="checkbox"/> occupazione precaria	<input type="checkbox"/> in forma dipendente <input type="checkbox"/> in forma autonoma
<input type="checkbox"/> disoccupato/a <input type="checkbox"/> pensionato/a <input type="checkbox"/> cassintegrato/a		
Specifica.....		

2. CONDIZIONE ECONOMICA

2.1 ^{REDDITO} ISEE del singolo utente	€
2.2 Origine del reddito	<input type="checkbox"/> da lavoro <input type="checkbox"/> da pensione <input type="checkbox"/> da indennità <input type="checkbox"/> da rendite
2.3 Ulteriore disponibilità mensile dei familiari per l'assistenza	<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> fino a € 500 <input type="checkbox"/> fino a € 1.000 <input type="checkbox"/> fino a € 2.500 <input type="checkbox"/> fino a € 3.000 <input type="checkbox"/> oltre
2.4 ^{RESIDUI} ISEE del nucleo familiare ¹	€
2.5 Integrazione economica del Comune per l'assistenza	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Possibile Contributo retta voucher
2.6 Valutazione della copertura economica di prestazioni assistenziali	1 <input type="checkbox"/> Autonomo e in equilibrio finanziario: persona che non ha bisogno di essere supportata da altri nelle spese della vita quotidiana e per aiuto assistenziale; 2 <input type="checkbox"/> Riceve aiuto da parenti e/o da altre persone (anche non conviventi) per le spese della vita quotidiana e per aiuto assistenziale; 3 <input type="checkbox"/> In condizione di bisogno economico e senza aiuti da parenti o altre persone , che necessita di assistenza sociale pubblica per le spese della vita quotidiana e per aiuto assistenziale.

¹ Tale voce non è rilevante ai fini della determinazione della compartecipazione economica se trattasi di non autosufficienti o disabili gravi

ALLEGATO C

3. CONDIZIONE ABITATIVA

3.1 Tipologia abitativa		
<input type="checkbox"/> Senza fissa dimora	<input type="checkbox"/> alloggio improprio (baracca, container, basso, etc.)	
<input type="checkbox"/> con proprio domicilio		
<input type="checkbox"/> ospite c/o Struttura	<input type="checkbox"/> breve periodo	data termine _____
<input type="checkbox"/> ospite presso terzi	<input type="checkbox"/> breve periodo	data termine _____

3.2 Titolo di godimento dell'abitazione		3.3 Dislocazione sul territorio
<input type="checkbox"/> proprietà	<input type="checkbox"/> fitto	<input type="checkbox"/> servita <input type="checkbox"/> poco servita <input type="checkbox"/> isolata
<input type="checkbox"/> comodato gratuito	<input type="checkbox"/> sfratto esecutivo data _____	
<input type="checkbox"/> usufrutto	<input type="checkbox"/> occupata abusivamente	
<input type="checkbox"/> all. pubb. assegnato		

3.4 Spazio fruibile ²	3.5 Barr. architettoniche ³	3.6 Riscaldamenti	3.7 Servizi igienici
<input type="checkbox"/> non sufficiente	PianoAscensore <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> assenti
<input type="checkbox"/> parz. suff.	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> presenti non funz.	<input type="checkbox"/> presenti
<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> solo interne	<input type="checkbox"/> presenti mal funz.	<input type="checkbox"/> non adeguati
	<input type="checkbox"/> solo esterne	<input type="checkbox"/> presenti funz.	
	<input type="checkbox"/> sia interne che esterne		

3.8 Ulteriori elementi rilevati sulla condizione abitativa (umidità, fatiscenza, ecc.)

3.9 Valutazione condizione abitativa		
1 <input type="checkbox"/> inadeguata	2 <input type="checkbox"/> parzialmente adeguata	3 <input type="checkbox"/> adeguata

4. CONDIZIONE FAMILIARE

4.1 N. componenti del nucleo familiare			
4.2 Presenza carichi assistenziali nel nucleo familiare			
un figlio minore	<input type="checkbox"/>	due o più anziani non autosufficienti	<input type="checkbox"/>
due o più figli minori	<input type="checkbox"/>	un disabile	<input type="checkbox"/>
un anziano non autosufficiente	<input type="checkbox"/>	due o più disabili	<input type="checkbox"/>

4.3 Problematicità del nucleo familiare			
<input type="checkbox"/> devianza sociale	<input type="checkbox"/> 1 componente	<input type="checkbox"/> più componenti n.	
<input type="checkbox"/> problemi di salute	<input type="checkbox"/> 1 componente	<input type="checkbox"/> più componenti n.	
<input type="checkbox"/> problemi di disoccupazione	<input type="checkbox"/> 1 componente	<input type="checkbox"/> più componenti n.	
<input type="checkbox"/> problemi di lavoro	<input type="checkbox"/> 1 componente	<input type="checkbox"/> più componenti n.	
<input type="checkbox"/> problemi giudiziari	<input type="checkbox"/> 1 componente	<input type="checkbox"/> più componenti n.	
<input type="checkbox"/> dispersione scolastica	<input type="checkbox"/> 1 componente	<input type="checkbox"/> più componenti n.	
<input type="checkbox"/> basso livello d'istruzione	<input type="checkbox"/> 1 componente	<input type="checkbox"/> più componenti n.	

4.4 Valutazione della condizione del nucleo familiare			
<input type="checkbox"/> bassi carichi assist. e bassa problem.	<input type="checkbox"/> bassi carichi assist. e alta problem.	<input type="checkbox"/> alti carichi assist. e bassa problem.	<input type="checkbox"/> alti carichi assist. e alta problem.

² La sufficienza si valuta rispetto al numero vani disponibili per il nucleo familiare

³ Se rilevante ai fini della valutazione del caso

ALLEGATO C

4.5 Livello di stress del caregiver (Caregiver burden inventory -Cbi) (affermazioni che il caregiver ritiene più consone alla sua condizione)							
Tipo di Carico	Items a cui al caregiver principale si chiede di rispondere	per nulla	poco	moderatamente	parecchio	molto	Totale tipo
Temporale	T-D1. Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane	0	1	2	3	4	
	T-D2. Il mio familiare è dipendente da me	0	1	2	3	4	
	T-D3. Devo vigilarlo costantemente	0	1	2	3	4	
	T-D4. Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici)	0	1	2	3	4	
	T-D5. Non riesco ad avere un minuto di libertà dai compiti di assistenza	0	1	2	3	4	
Evolutivo	S6. Sento che mi sto perdendo vita	0	1	2	3	4	
	S7. Desidererei poter fuggire da questa situazione	0	1	2	3	4	
	S8. La mia vita sociale ne ha risentito	0	1	2	3	4	
	S9. Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente	0	1	2	3	4	
	S10. Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita	0	1	2	3	4	
Fisico	F11. Non riesco a dormire a sufficienza	0	1	2	3	4	
	F12. La mia salute ne ha risentito	0	1	2	3	4	
	F13. Il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute	0	1	2	3	4	
	F14. Sono fisicamente stanca	0	1	2	3	4	
Sociale	D15. Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto	0	1	2	3	4	
	D16. I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari	0	1	2	3	4	
	D17. Ho avuto problemi con il coniuge	0	1	2	3	4	
	D18. Sul lavoro non rendo come di consueto	0	1	2	3	4	
	D19. Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno	0	1	2	3	4	
Emotivo	E20. Mi sento in imbarazzo a causa del comportamento del mio familiare	0	1	2	3	4	
	E21. Mi vergogno di lui/lei	0	1	2	3	4	
	E22. Provo del risentimento nei suoi confronti	0	1	2	3	4	
	E23. Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa	0	1	2	3	4	
	E24. Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi	0	1	2	3	4	
Intensità di Carico (somma "Totale tipo"/24)							

5. CERTIFICAZIONE E ASSEGNI DI INVALIDITA' O PENSIONI

5.1 Certificazione invalidità civile parziale inferiore al 75%	1 <input type="checkbox"/> Sì % _____ 2 <input type="checkbox"/> No
5.2 Certificazione invalidità civile parziale tra 75% e 90%	1 <input type="checkbox"/> Sì % _____ 2 <input type="checkbox"/> No
5.2 Certificazione invalidità civile totale (100%)	1 <input type="checkbox"/> Sì Ind. Accomp. 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No
5.3 Assegno/pensione invalidità civile o pensione sociale >65enni invalidi civili	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No

ALLEGATO C

6. SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE

6.1 Rete Parentale																
	Tipo di supporto ⁴	Cognome Nome	Ruolo nella rete ⁵	Età	Professione	Lontananza ⁶	Indirizzo e telefono	Intensità attivazione attuale ⁷	Si occupa di ⁸			Intensità attivazione futura ⁹	Si occuperà di ¹⁰			
									ADL	iADL	supervisione		ADL	iADL	supervisione	
1																
2																
3																
4																
5																
6																

6.2 Altra Rete (Colf – Badante – Amici – Volontari – etc.)																
1																
2																
3																
4																
5																

⁴ S= Soggetto, assume responsabilità dell'intero processo di supporto (progettazione, esecuzione e valutazione); R= Risorsa, assume responsabilità operative eseguendo gli interventi programmati

⁵ C= coniuge; CV= partner convivente; FI= figlio/a; FR= fratello/sorella; G= genitore; NO= nonno/a; N= nipote; GN= genero/nuora; AL= altro familiare; AV= amici vicini

⁶ C= convivente; VI= immediate vicinanze: 15= entro 15 minuti; 30= entro 30 minuti; 60= entro 1 ora; 0= oltre 1 ora

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

⁸ Crocettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti); iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia); Supervisione (diurna e/o notturna)

⁹ Indicare il numero di giorni a settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza (o lo è stata finora)

¹⁰ Crocettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti); iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia); Supervisione (diurna e/o notturna)

ALLEGATO C

6.3 Scala di Responsabilizzazione - SR¹¹ (presenza di attori della rete parentale ed altra con tipo di supporto S)					
		Punteggio (a)	Presenza (b)	punteggio max	punteggio attribuito (a x b)
Sanitaria	Specialista	0,5		2	
	Infermiere	0,5			
	MMG	0,5			
	Altro	0,5			
	Altro	0,5			
Sociale	Assistente Sociale	0,5		2	
	OSS	0,5			
	Educatore	0,5			
	Altro	0,5			
	Altro	0,5			
Familiare	Familiare 1	2		4	
	Familiare 2	2			
	Parente 1	1			
	Parente 2	1			
	Altro fam/par	1			
Solidale	Volontario 1	1		2	
	Volontario 2	1			
	Volontario 3	0,5			
	Volontario 4	0,5			
	Volontario 5	0,5			
TOTALE					

6.4 Livello Di Protezione Nello Spazio Di Vita - Lpsv¹²				
Tipo di attore	Punteggio (a)	n. presenti (b)	punteggio max	punteggio attribuito (a x b)
Soggetto (attuale e futuro)	6		12	
Risorsa (attuale e futura)	3		9	
Risorsa (futura)	1		3	
TOTALE				

¹¹ La Scala di responsabilizzazione (Sr) si desume dal prospetto di descrizione della rete e misura la capacità della famiglia e della comunità di condividere la responsabilità rispetto al problema della persona.

¹² Il Livello di protezione nello spazio di vita (Lpsv) si desume dal prospetto di descrizione della rete e misura la capacità della famiglia e della comunità di farsi carico dei bisogni della persona e della sua famiglia.

ALLEGATO C

		ore																								TOT.
		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	
Lunedì	F																									
	S																									
	V																									
	P																									
	Totale																									
Martedì	F																									
	S																									
	V																									
	P																									
	Totale																									
Mercoledì	F																									
	S																									
	V																									
	P																									
	Totale																									
Giovedì	F																									
	S																									
	V																									
	P																									
	Totale																									
Venerdì	F																									
	S																									
	V																									
	P																									
	Totale																									
Sabato	F																									
	S																									
	V																									
	P																									
	Totale																									
Domenica	F																									
	S																									
	V																									
	P																									
	Totale																									
		a) Totale ore settimanali																								
		Indice copertura assistenziale giornaliera (Ica) = a/7																								

ALLEGATO C

6.6 Autonomia della persona e capacità di supporto della rete (per ogni attività segnare con una X la condizione rilevata):				
Attività	Autonomo	Supporto rete Sufficiente	Supporto rete Parzialmente Sufficiente o con tenuta precaria	Supporto rete Insufficiente
Preparazione dei pasti				
Pulizia della casa				
Lavanderia				
Effettuazione acquisti				
Alimentazione				
Bagno				
Toeletta personale				
Abbigliamento				
Uso del wc (o padella, o panno)				
Assunzione medicinali (se pertinente)				
Trasferimenti				
Deambulazione				
Gestione del denaro				
Sostegno psicoaffettivo				
Supervisione diurna				
Supervisione notturna				
TOTALI X				

6.7 Valutazione autonomia della persona

1 **Autonomo:** persona in grado di eseguire tutte le attività senza l'aiuto di altre persone (tutte le x sono presenti nella colonna "autonomo");

2 **Parzialmente dipendente:** persona che necessita di assistenza o supervisione di altri per alcune attività (non tutte le x sono presenti nella colonna "autonomo");

3 **Totalmente dipendente:** persona che necessita quotidianamente, in tutte le attività, dell'aiuto di altre persone (nessuna x è presente nella colonna "autonomo").

6.8 Valutazione supporto rete

1 **Presenza della rete familiare o informale:** in tutte le attività in cui il cittadino non è autonomo, le x sono presenti solo nella colonna "Supporto rete sufficiente";

2 **Presenza parziale e/o temporanea della rete familiare o informale:** nelle attività in cui il cittadino non è autonomo, le x sono presenti anche nella colonna "Supporto rete Parzialmente Sufficiente o con tenuta precaria";

3 **Assenza della rete familiare o informale:** nelle attività in cui il cittadino non è autonomo, le x sono presenti anche nella colonna "Supporto rete Insufficiente".

7. LIVELLO DI BISOGNO ASSISTENZIALE SOCIALE

7.1 Necessità di interventi sociali		
Intensità	Servizi	Necessità
Bassa	Servizi di prossimità	<input type="checkbox"/>
	Telesoccorso o teleassistenza	<input type="checkbox"/>
	Trasporto sociale	<input type="checkbox"/>
	Pasti o lavanderia a domicilio	<input type="checkbox"/>
	Altro	<input type="checkbox"/>
Media	Assegni economici per sostegno alla domiciliarità	<input type="checkbox"/>
	Assistenza domiciliare fino a 10 ore settimanali	<input type="checkbox"/>
	Semiresidenziali	<input type="checkbox"/>
	Altro	<input type="checkbox"/>
Alta	Assistenza domiciliare dalle 11 alle 18 ore settimanali	<input type="checkbox"/>
	Assistenza domiciliare oltre 18 ore settimanali	<input type="checkbox"/>
	Residenziali	<input type="checkbox"/>
	Altro	<input type="checkbox"/>

ALLEGATO C

7.2 Servizi sociali attivi						
Intensità	Servizi	Cod.	Prestazioni	h /set.	N. mesi	Spec.
Bassa	Servizi di prossimità					
	Telesoccorso o teleassistenza					<input type="checkbox"/> Com./Amb. <input type="checkbox"/> Com. /ASL <input type="checkbox"/> ASL
	Trasporto sociale					
	Pasti o lavanderia a domicilio					<input type="checkbox"/> comp.
	Altro					
Media	Assegni economici per sostegno alla domiciliarità					
	Assistenza domiciliare fino a 10 ore settimanali					<input type="checkbox"/> Integrata <input type="checkbox"/> comp. Retta Amb. _____ Retta S.S.R. _____ Retta Assist. _____
	Semiresidenziali					
	Altro					
Alta	Assistenza domiciliare dalle 11 alle 18 ore settimanali					
	Assistenza domiciliare oltre 18 ore settimanali					<input type="checkbox"/> Integrata <input type="checkbox"/> comp. Retta Amb. _____ Retta S.S.R. _____ Retta Assist. _____
	Residenziali					
	Altro					

Codice ente rilevatore _____

Data ultimo aggiornamento _____

Chiusura scheda _____

Assistente Sociale delegato a rappresentare l'Ambito Territoriale in sede UVI

Nome e Cognome

Data

Firma.....

ALLEGATO C

SINTESI INDICATORI																								
CONDIZIONE ECONOMICA																								
(2.6) Copertura economica prestazioni assistenziali	1 <input type="checkbox"/> Autonomo e in equilibrio finanziario	2 <input type="checkbox"/> Riceve aiuto da parenti e/o da altre persone	3 <input type="checkbox"/> In condizione di bisogno economico e senza aiuti																					
CONDIZIONE ABITATIVA																								
(3.9)	1 <input type="checkbox"/> inadeguata	2 <input type="checkbox"/> parzialmente inadeguata	3 <input type="checkbox"/> adeguata																					
CONDIZIONE FAMILIARE																								
(4.4) Condizione nucleo familiare	<input type="checkbox"/> bassi carichi ass. e bassa problem.	<input type="checkbox"/> bassi carichi ass. e alta problem.	<input type="checkbox"/> alti carichi ass. e bassa problem.	<input type="checkbox"/> alti carichi ass. e alta problem.																				
(4.5 Cbi) Stress del caregiver	0=Per nulla	1=poco	2=moderato	3=parecchio 4=molto																				
SUPPORTO RETE SOCIALE																								
(6.3 SR) Scala Responsabilizzazione	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
(6.5 Lpsv) Livello protezione spazio vita	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
(6.6 Ica die) Indice Copertura Assistenziale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
(6.7) Autonomia della persona	1 <input type="checkbox"/> Autonomo		2 <input type="checkbox"/> Parz. dipendente			3 <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente																		
(6.8) Supporto rete	1 <input type="checkbox"/> Presenza		2 <input type="checkbox"/> Presenza parziale			3 <input type="checkbox"/> Assenza																		
LIVELLO DI BISOGNO ASSISTENZIALE SOCIALE																								
	Intensità	Servizi	(7.1) Necessari	(7.2) Già offerti	da offrire																			
Bassa		Servizi di prossimità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
		Telesoccorso o teleassistenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
		Trasporto sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
		Pasti o lavanderia a domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
		Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
Media		Assegni economici sostegno domiciliarità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
		Assistenza domiciliare fino a 10 h/sett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
		Semiresidenziali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
Alta		Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
		Assistenza domiciliare dalle 11 alle 18 h/sett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
		Assistenza domiciliare oltre 18 h/sett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
		Residenziali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				

ALLEGATO D

S.V.A.M.DI.
SCHEDA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE - DISABILI
SCHEDA D
CARTELLA U.V.I.

Nome e Cognome _____ Data di Nascita ____/____/____

CODICE FISCALE											
N. Tessera Sanitaria											
HANDICAP (L 104/92)					INVALIDITÀ CIVILE					ACCOMPAGNA- MENTO (L 18/80)	
NO	IN CORSO	SI	Situazione di gravità	NO SI	NO	SI	≥ 33% ≥ 66%	≥ 46% 100	NO	SI	
Residenza:.....											
Domicilio:											
Comune: Prov.:											
Recapiti telefonici:											

Medico curante _____

Recapiti _____

Assistente Sociale _____ Comune di _____

Recapiti _____

Persona di riferimento _____

Indirizzo: _____

Recapiti: _____

Grado di parentela: _____

Altro (Amministratore di sostegno, tutore giudice): _____

Nominativo: _____

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'EROGAZIONE DEI SERVIZI:

Attualmente in carico presso: _____

Attualmente fruisce dei seguenti servizi/prestazioni:

- di tipo sociale: _____
- di tipo sanitario: _____
- di tipo sociosanitario: _____

Altro: specificare _____

In caso di presenza in struttura residenziale/semiresidenziale, specificare:

Tipologia, denominazione e luogo _____

ALLEGATO D

Tipo valutazione _____

valutazione all'ammissione rivalutazione periodica rivalutazione straordinaria

Motivo rivalutazione

scadenza del periodo previsto variazione nelle condizioni del paziente

DIAGNOSI DELLE PRINCIPALI CONDIZIONI DI SALUTE

(riportare codice a cinque cifre già riportato nella scheda B)

	Patologia	ICD 9CM
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

VALUTAZIONE IN SEDE U.V.I.

Valutazione Sociale-VSOC			
Condizione	Ben assistito	Parzialmente assistito	Non sufficientemente assistito
Punteggio (PSOC)	1	2	3

PROFILO DELL'AUTONOMIA

NECESSITA' di ASSISTENZA SANITARIA

PSAN	VSAN	
1	Bassa	Punteggio = 0 - 5
2	Intermedia	Punteggio = 10 - 20
3	Elevata	Punteggio ≥ 50 - 60

SITUAZIONE COGNITIVA E COMPORTAMENTALE

PCOG	VCOG	
01	Capace di autodeterminarsi	Indicativamente: punteggio VCOG1 = 0-3 VCOG2 = 2
02	Parzialmente Capace di autodeterminarsi	Indicativamente: punteggio VCOG1 = 4-8 VCOG2 = 3
03	Incapace di autodeterminarsi	Indicativamente: punteggio VCOG1 = 9-10 VCOG2 = 4
04	Problemi comportamentali prevalenti punteggio VCOG3 = 4	

ALLEGATO D

Per il conferimento dei dati ai sistemi informativi nazionali la valutazione VCOG viene separata come segue, ovvero si riportano in modo distinto i punteggi per la valutazione della situazione cognitiva e per la situazione comportamentale:

AREA COGNITIVA		
Valori ammessi		
01	Disturbi lievi	Indicativamente: punteggio VCOG1 = 0-3 VCOG2 = 2
02	Disturbi moderati	Indicativamente: punteggio VCOG1 = 4-8 VCOG2 = 3
03	Disturbi gravi	Indicativamente: punteggio VCOG1 = 9-10 VCOG2 = 4

AREA COMPORTAMENTALE		
Valori ammessi		
01	Disturbi assenti	in caso di VCOG 3 pari a 0
02	Disturbi presenti	in caso di punteggio VCOG 3 pari a 4

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

MOBILITA'			
PMOB	VMOB		
1	Si sposta da solo	Punteggio Barthel MOB = 0 - 14	Punteggio Tinetti = 20 - 28
2	Si sposta assistito	Punteggio Barthel MOB = 15 - 29	Punteggio Tinetti = 7 - 19
3	Non si sposta	Punteggio Barthel MOB = 30 - 40	Punteggio Tinetti = 0 - 6

PUNTEGGIO SOCIALE			
Condizione	Ben assistito	Parzialmente assistito	Non sufficientemente assistito
Punteggio (PSOC)	1	2	3

ALLEGATO D

Durata progetto assistenziale		Data rivalutazione prevista	
Tariffa applicata		% Quota SSR	% Quota ente locale
			%Quota Utente

Convocati	Presenti	Partecipanti	Ente	Nome	Firma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resp. U.O.di competenza			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MMG/PLS			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ass.sociale			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medico Specialista			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Il responsabile del caso sarà:

Attivazione dei servizi

Data di valutazione:

Firma dell'utente o Amministratore di sostegno, tutore, giudice:

ALLEGATO E**Istruzioni per l'uso della scheda S.Va.M.Di.**

Cosa è la S.Va.M.Di. (Scheda di Valutazione Multidimensionale Disabili maggiori di 18 anni)

- E' uno strumento anamnestico, diagnostico, valutativo e prescrittivo utile alla condivisione della presa in
- carico sanitaria, sociosanitaria e/o sociale;
- E' uno strumento che descrive l'albero dei percorsi decisionali;
- E' uno strumento che permette analisi statistiche ed epidemiologiche.

La scheda S.Va.M.Di. è costruita sulla struttura e sull'organizzazione concettuale della S.V.A.M.A. ed integrata con la descrizione delle condizioni di salute secondo l'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute) dove le abilità e le disabilità di una persona sono concepite come l'interazione dinamica tra le condizioni di salute e i fattori ambientali, vista in termini di processo o di risultato.

E' uno strumento univoco per la raccolta coerente di informazioni e per la conseguente stesura del progetto individuale per le persone con disabilità in età adulta e risponde all'esigenza di rendere omogenei i sistemi di valutazione della persona con disabilità; in essa sono contenuti e sistematizzati una serie di strumenti di rilevazione del bisogno della persona con disabilità che ciascun professionista utilizza.

La valutazione ha inizio con l'attivazione del percorso da parte del Medico di Medicina Generale/MMG e si articola in diverse fasi che prevedono il concorso e la partecipazione di diversi professionisti e in differenti momenti della fase di accesso e della presa in carico.

Ciascuna parte/sezione di cui si compone la S.Va.M.Di. riporta, a piè di pagina, lo spazio dove il compilatore deve apporre la propria *firma e il proprio nome e cognome in stampatello o mediante timbro*. Le schede non devono contenere dati non interpretabili: in caso di errore o si utilizza una nuova scheda o si evidenzia, mediante firma, la risposta corretta.

1) SCHEDA A- VALUTAZIONE SANITARIA PER L'ACCESSO AI SERVIZI TERRITORIALI, va compilata per l'invio ai servizi territoriali dal MMG, in base alla conoscenza della situazione clinica e/o sociale dell'utente di età uguale o superiore ai 18 anni, che può presentare necessità di interventi complessi con attività ambulatoriali, domiciliari, residenziali o semiresidenziali con eventuale integrazione sociale.

2) SCHEDA B – VALUTAZIONE SPECIALISTICA PER L'AMMISSIONE AI SERVIZI TERRITORIALI descrive la specifica situazione clinica, è compilata dal medico specialista dell'UOAR/UVBR anche con il concorso di altri specialisti all'uopo individuati e coinvolti ed ha la duplice funzione di proporre l'invio dell'utente ai servizi di riabilitazione territoriale ed anche di attivare l'U.V.I. per la valutazione multidimensionale integrata. In quest'ultimo caso deve essere convocata l'Unità di Valutazione Integrata e contestualmente richiesta la compilazione della **SCHEDA C-VALUTAZIONE SOCIALE** da parte dell'Ambito Territoriale di riferimento dell'assistito.

3) SCHEDA C- VALUTAZIONE SOCIALE è articolata in 7 sezioni da cui scaturiscono 10 indicatori finalizzati a valutare la capacità di supporto della rete sociale in riferimento alle condizioni di autonomia della persona.

La scheda di valutazione sociale è compilata dall'assistente sociale che è delegato dal Coordinamento Istituzionale a rappresentare l'Ambito in sede di U.V.I. La somministrazione della scheda permette di acquisire un bagaglio di informazioni che, oltre a tradursi nella definizione del punteggio finale PSOC, permette di contestualizzare la persona valutata per un approccio più corretto alla stesura in sede di U.V.I. di un progetto personalizzato appropriato.

Pertanto va compilata prima della convocazione dell' U.V.I. e successivamente presentata in sede di riunione. Per la compilazione, l'assistente si deve recare a domicilio dell'utente o presso la struttura in cui lo stesso è ospitato e deve conferire anche con familiari, persone conviventi, parenti, amici, se coinvolti o coinvolgibili nel carico di cura.

4) SCHEDA D - CARTELLA U.V.I. Scheda da compilare in sede di unità di valutazione multidimensionale - U.V.I. .

In tale scheda, in cui sono riportati alcuni punteggi riassuntivi delle schede precedenti, sono presenti altresì gli strumenti per la decisione prescrittiva (assistenziale sociosanitaria e/o sociale) da parte dei componenti della stessa Unità di valutazione multidimensionale -U.V.I..

Istruzioni per la somministrazione standardizzata dei test contenuti nelle singole schede:**1) SCHEDA A-VALUTAZIONE SANITARIA PER L'ACCESSO AI SERVIZI TERRITORIALI (SCHEDA DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE)**

Tale scheda si compone di una serie di tabelle ed è a cura del medico di medicina generale (MMG) che:

- compila la scheda per l'accesso ai servizi territoriali solo se il proprio assistito, maggiore di 18 anni, necessita dei servizi territoriali;
- riporta il Codice Fiscale e il numero di Tessera Sanitaria dell'assistito;
- indica se l'assistito:
 - fruisce (barrando la casella SI) o meno (NO) dei benefici previsti dalla Legge 5 febbraio 1992 n. 104 "Legge Quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" o se è in attesa di valutazione e la sua pratica è in corso (IN CORSO);
 - è invalido riportando la percentuale di invalidità (barrando il quadratino che riporta la percentuale);
 - è titolare (SI) o meno (NO) dell'indennità di accompagnamento.

DATI BIO-ANTROPOMETRICI

L'indice di massa corporea (IMC o BMI, dall'inglese body mass index) è un valore biometrico dell'assistito dato dal rapporto tra il peso in chilogrammi e l'altezza in metri 2 (IMC = peso/altezza²).

Nella **TAB. 1 CONDIZIONI PATOLOGICHE** indicare se è presente una delle tre condizioni riportate.

Nella **TAB. 2 FUNZIONI CORPOREE**, in accordo alla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)¹, sono riportati i codici e le categorie relative ad alcune funzioni fisiologiche dei sistemi corporei ritenute fondamentali per valutare il bisogno assistenziale e tutelare dell'assistito. Le funzioni corporee vengono codificate con un qualificatore che indica l'estensione o la gravità della menomazione. Le menomazioni sono problemi nella funzione del corpo, intesi come una deviazione, o perdita, o mancanza o riduzione. Il qualificatore nelle funzioni corporee è un numero che segue il punto dopo il codice della categoria. Ad es. una normale funzione della forza muscolare (codice del dominio b730) è indicata dal valore 0 (il codice completo è b730.0), la menomazione della forza muscolare viene indicata con i numeri 1, 2, 3 o 4 secondo la scala:

codice	qualificatore	FUNZIONE DESCRITTA	%
b 730	0	Nessuna (assente, trascurabile) menomazione della forza muscolare	0 - 4
b 730	1	Lieve (leggera, piccola) menomazione della forza muscolare	5 - 24
b 730	2	Media (moderata, discreta) menomazione della forza muscolare	25 - 49
b 730	3	Grave (notevole, estrema) menomazione della forza muscolare	50 - 95
b 730	4	Completa (totale) menomazione della forza muscolare	96 - 100
b 730	8	Menomazione della forza muscolare di gravità non determinata	-
b 730	9	Codice non applicabile	-

Si utilizza il valore "8" se non vi sono informazioni sufficienti per specificare la gravità.

Si utilizza il valore "9" se il codice non è applicabile.

Senza qualificatori i codici non hanno significato e per convenzione l'assenza del qualificatore è interpretato come assenza di problema: livello di gravità 0.

¹ ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, Erickson, 2002 - Allegato 2 "Indicazioni per l'uso dei codici dell'ICF".

I qualificatori hanno lo stesso significato per tutte le categorie delle funzioni corporee.

TAB. 3 - FATTORI AMBIENTALI

Sono elencate alcune delle condizioni che potrebbero rappresentare dei facilitatori o delle barriere per la qualità di vita dell'assistito. Gli ausili tecnici sono rappresentati da "qualsiasi prodotto, strumento, apparecchiatura o sistema tecnico utilizzato da una persona con disabilità prodotto appositamente o disponibile comunemente, che previene, compensa, controlla, allevia o neutralizza" la disabilità. La mancata compilazione di un campo sarà interpretata come assenza di problema.

TAB. 4 - INDICE DI SEVERITÀ DELLE MALATTIE (ISM) – Classe di Comorbilità

Va compilata solo se l'assistito presenta un livello di gravità ≥ 3 anche in una sola funzione corporea riportata nella Tab. 2 e/o utilizza ausili tecnici - indicati nella Tab. 3 - a supporto di una o più funzioni corporee. Riportare l'indice di severità delle malattie in forma sintetica nel riquadro conclusivo.

TAB.5 - PROPOSTA SERVIZIO

Il Medico di Medicina Generale propone il regime assistenziale che - all'atto della sua valutazione- ritiene più appropriato ai bisogni dell'assistito e alla situazione familiare, privilegiando, laddove possibile, la permanenza dell'assistito presso il proprio domicilio, barrando una delle voci presenti. Nel riquadro ANNOTAZIONI è possibile fornire ulteriori informazioni ritenute utili.

2) SCHEDA B – VALUTAZIONE SPECIALISTICA PER L'AMMISSIONE AI SERVIZI TERRITORIALI

Compilata dall'U.V.B.R. , dopo la valutazione sanitaria effettuata dal MMG con la Scheda A. Nel caso in cui un paziente richieda l'accesso ai servizi territoriali direttamente all'U.V.B.R. o nel caso in cui un paziente - già in carico presso l'U.V.B.R.- necessita di una prescrizione di prestazioni ex art.26 L.833/78 la scheda B viene compilata direttamente dall'U.V.B.R. che richiederà contestualmente al MMG la compilazione della Scheda A

La scheda descrive la situazione clinica dell'utente definendo o proponendo interventi terapeutici complessi ed è così articolata : vi sono una prima pagina che raccoglie informazioni di tipo anagrafico e amministrativo e cinque diverse parti:

- **PARTE 1 DESCRIZIONE CONDIZIONI DI SALUTE,**
- **PARTE 2 VALUTAZIONE ASSISTENZA SANITARIA (VSAN),**
- **PARTE 3 VALUTAZIONE COGNITIVA-COMPORTAMENTALE (VCOG)**
- **PARTE 4 VALUTAZIONE FUNZIONALE (VADL),**
- **PARTE 5 VALUTAZIONE MOBILITÀ (VMOB) .**

Al termine della compilazione di tale scheda si definirà il profilo di autonomia dell'assistito, limitatamente alle dimensioni di **VALUTAZIONE SANITARIA, SITUAZIONE COGNITIVA/FUNZIONALE-CONDIZIONE FUNZIONALE -MOBILITÀ.**

Nella prima pagina nella quale vanno annotati il nome e cognome dell'utente e la sede di valutazione (domicilio, ambulatorio, ecc.); sono riportati i dati anagrafici e le informazioni relative al beneficio L.104/92 e al riconoscimento dell'invalidità civile. Va evidenziata l'anamnesi, con particolare riguardo alle condizioni cliniche più rilevanti nel condizionare la situazione attuale dell'utente utilizzando il codice ICD-9- cm a 5 cifre; queste andranno elencate in ordine decrescente di importanza.

Successivamente va indicato il trattamento farmacologico in atto- indicando il nome e la posologia- e/o il trattamento riabilitativo).

PARTE 1 - DESCRIZIONE CONDIZIONE DI SALUTE - TAB. 1 ICF

La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF, OMS 2001) consente di classificare lo stato di salute di una persona con un insieme di codici. Indicare il numero minimo di codici ICF sufficienti a definire la condizione di salute/disabilità dell'assistito.

Possono essere utilizzate come guida per la compilazione i Core Sets – gruppo di codici scelti tra tutti quelli dell'ICF per inquadrare una specifica patologia o condizione di salute. E' possibile, laddove vi dovesse

essere la necessità, allegare ulteriori scale di valutazione (ad es. per le distonie si potrebbero allegare la Scala di Fahn-Marsden o la Unified Dystonia Rating Scale o la Global Dystonia Rating Scale).

PARTE 2 - VALUTAZIONE ASSISTENZA SANITARIA (VSAN)

Questa parte della scheda si compone di due tabelle – la tabella 1 -Classe di Comorbilità che concorrono alla formulazione del VSAN-Punteggio assistenza sanitaria, che misura il bisogno di assistenza di cui necessita l'utente; Il VSAN-Punteggio di valutazione sanitaria è determinato dalla somma di Valutazione Comorbilità - VCOM + Valutazione Infermieristica VIP .

La **TAB.1 - CLASSE DI COMORBILITÀ**. Si compila in relazione alla classe di Indice di severità della Malattia-

Classe di comorbilità compilata dal MMG nella SCHEDA A-TAB. 4.

Nella **TAB. 2 - ASSISTENZA INFERMIERISTICA** vanno evidenziate (barrare la casella contenente il punteggio) le condizioni cliniche-assistenziali proposte che inducono un aumento del bisogno di *Assistenza infermieristica*; se le singole condizioni proposte non sono presenti barrare la casella «0»; sommare e annotare nella casella apposita (Totale VIP).

Sommare nel riquadro sottostante la tabella il VCOM al VIP al fine di ottenere il VSAN.

Il risultato raggiunto va ricondotto al Profilo Sanitario-PSAN utilizzando il quadro comparativo **NECESSITA' di ASSISTENZA SANITARIA**

Parte 3 – VALUTAZIONE COGNITIVA-COMPORTAMENTALE (VCOG)

La parte 3 della scheda B si compone di 3 diverse tabelle, somministrate in condizioni di salute differenti da cui derivano punteggi di valutazione cognitiva -VCOG 1-VCOG2-VCOG3 che consentono di individuare il Punteggio di Valutazione Cognitiva-VCOG;

Il risultato raggiunto va ricondotto al Profilo di cognitivo e comportamentale-PCOG utilizzando il quadro sintetico **SITUAZIONE COGNITIVA**.

TAB.1- SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE -SPMSQ². Tale test va somministrato solo se l'assistito NON presenta un ritardo mentale.

Si propone il test **SPMSQ** modificato al fine di rendere i punteggi omogenei con le ulteriori tabelle presenti in questa parte della scheda, da somministrare secondo le seguenti indicazioni:

- È indispensabile che l'esaminatore assuma un atteggiamento facilitante e non punitivo evitando l'impressione di «porre sotto esame» l'utente; una parte del test può essere somministrato simulando la richiesta di dati informativi generali utili per compilare una cartella clinica (data di nascita, età, indirizzo, nome della madre) e la restante parte durante la visita intercalando le domande con quesiti generali sullo stato di salute ecc.
- Il luogo di valutazione deve essere tranquillo, confortevole, ben illuminato e se possibile familiare; la posizione dell'esaminatore deve essere frontale per permettere la visione dell'espressione e dei movimenti delle labbra;
- Parlare con tono di voce adatto a superare eventuali problemi uditivi ed utilizzare, se necessario, domande formulate per iscritto;
- Concedere tempo adeguato senza dare l'impressione di essere incalzanti; utilizzare termini non eccessivamente tecnici;
- Non vanno forniti suggerimenti facilitanti;
- Si barra la casella corrispondente a ciascuna risposta errata;
- Vanno considerati errori anche i rifiuti a rispondere;
- La prima domanda è multipla e viene considerata corretta la risposta che è esatta per almeno 2 dei 3 quesiti;
- Sommare gli errori e riportare il risultato nella casella (VCOG1).

² <http://www.icf-research-branch.org>

- Se il test non è somministrabile annotare il motivo negli spazi appositi, secondo le istruzioni (es.: grave deficit sensoriale multiplo, coma ecc.).
- Nel caso il test non sia somministrabile per la gravità del deterioramento, assegnare punteggio VCOG1=10.

TAB. 2 - RITARDO MENTALE va compilata solo se l'assistito HA un ritardo mentale. Il grado di severità del Ritardo deve essere documentato da test standardizzati che la persona può aver effettuato anche in passato. Nel caso tale documentazione non fosse disponibile, è necessario sottoporre la persona a valutazione psicometrica (presso una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata). Nella casella VCOG2 si riporta solo il punteggio corrispondente al grado di severità : 2 o 3 o 4.

TAB.3 - PROBLEMI COMPORTAMENTALI. Questa tabella va compilata solo se l'assistito ha manifestato comportamenti aggressivi e comunque in base all'osservazione degli ultimi 30 giorni. I problemi comportamentali sono prevalenti se frequenti (almeno per due settimane nell' ultimo mese), intensi (verbali e fisici, verso le cose e le persone, auto ed etero diretti) e non controllati farmacologicamente. Il punteggio in presenza di una prevalenza di comportamenti aggressivi è 4.

In ogni caso, nell' evenienza di un vcog3=4 è necessario attivare e coinvolgere il Dipartimento di Salute Mentale-DSM per una valutazione successiva con l'obbligo di :

- trasmettere gli esiti della valutazione all'UVBR;
- rivalutare con tempi e modi concordati con l'UVBR;
- fornire elementi utili per la valutazione dell'appropriatezza delle prescrizioni farmacologiche ;
- fornire ulteriori elementi che consentono di valutare l'appropriatezza della presa in carico.

Al termine della somministrazione di tali tabelle, occorre riportare il punteggio Valutazione cognitiva e comportamentale (VCOG) nel riquadro dedicato, ovvero occorre riportare il VCOG 1 o il VCOG 2 o il VCOG3, seguendo le indicazioni riportate di seguito.

a) se si utilizza esclusivamente la TAB. 1 si riporta il valore VCOG1;

b) se si utilizza esclusivamente la TAB. 2 si riporta il valore VCOG2;

c) se si utilizzano in modo combinato la TAB 3 con la TAB 1 o TAB.2 si riporta in ogni caso il punteggio 4 se i problemi comportamentali sono prevalenti.

Per definire il Profilo Cognitivo Comportamentale utilizzare il quadro di comparazione SITUAZIONE COGNITIVA.

PARTE 4 – VALUTAZIONE FUNZIONALE (VADL)

Tale parte si compone di una tabella Indice di Barthel-Attività di base utilizzata per la valutazione funzionale BARTHEL ADL, da cui scaturisce il punteggio VADL ; essa si attua barrando, per ogni tipo di attività (alimentazione, bagno ecc.), la casella corrispondente al livello funzionale più rappresentativo dell'utente.

In generale per una «raccolta dati» di buona qualità sono parimenti importanti sia l'osservazione diretta con test funzionali che le informazioni anamnestiche raccolte dai familiari o altro personale di assistenza. È fondamentale che, nella raccolta di notizie anamnestiche, gli intervistati, in particolare i familiari, recepiscano l'importanza di fornire un'informazione corretta e non vengano indotti a sovra-sottovalutare i deficit funzionali nella speranza-paura di guadagnare-perdere vantaggi potenziali connessi con l'inserimento in Istituto o altro.

Per tutti i singoli items il livello con punteggio pari a «0» *definisce uno stato funzionale ritenuto di completa autonomia.* Come metodo consigliabile nella valutazione dell'utente è opportuno leggere attentamente, ogni volta, la descrizione relativa al livello «0» e attribuire tale punteggio se la descrizione è corrispondente o lo stato funzionale è addirittura migliore; in caso contrario si scorrono le definizioni successive e si identifica quella più rappresentativa.

Alimentazione: la valutazione è funzionale diretta e anamnestica. Può essere valutata la capacità di trasferire, con le posate, del materiale solido di piccole dimensioni (fagioli secchi, riso crudo ecc.) dal piatto ad altri contenitori di piccole dimensioni posti nelle vicinanze. È necessario poter disporre di parte del materiale elencato nella scheda per valutazioni funzionali più fini (vasetti con coperchio apribile, spargisale, bricco porta latte ecc.).

Bagno-doccia (lavarsi): la valutazione è prevalentemente anamnestica. *Igiene Personale:* la valutazione è anamnestica e, se dubbia, osservazionale diretta facendo eseguire le manovre chieste dal test *Abbigliamento:* la valutazione deve privilegiare l'osservazione diretta.

Continenza Intestinale: la valutazione è prevalentemente anamnestica utilizzando al meglio le notizie fornite dal personale dedito all'assistenza e familiari *Continenza urinaria:* vedi sopra (continenza intestinale)
Uso del gabinetto: vedi sopra (continenza intestinale); la valutazione utilizza anche quanto rilevato direttamente con il test dell'abbigliamento.

La somma dei punteggi va riportata nella casella del totale per la Valutazione Funzionale -VADL. Per determinare il Profilo Attività di Base-PADL, occorre utilizzare il quadro comparativo **SITUAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)**

PARTE 5 – VALUTAZIONE MOBILITÀ-VMOB

Tale parte si compone di due tabelle:

TAB. 1 MOBILITÀ - INDICE DI BARTHEL

TAB. 2 MOBILITÀ - SCALA DI TINETTI.

La prima sarà compilata solo se la persona è prevalentemente/completamente allettata o utilizza la carrozzella.

La seconda, "scala di Tinetti-indice predittivo di caduta" sarà utilizzata per valutare l'equilibrio e l'andatura della persona nel caso in cui possa assumere o mantenere la stazione eretta .

In questa parte di scheda, al termine, deve essere riportato il punteggio sulla mobilità derivante dall'utilizzo di una sola delle due scale VMOB1 o VMOB2.

TAB.1 MOBILITÀ - INDICE DI BARTHEL

Vale anche per l'indice di BARTHEL MOBILITA' quanto detto in premessa per il Barthel ADL.

È molto importante l'osservazione diretta attuata nelle fasi di avvicinamento alla sede della valutazione quando la mobilità è totalmente spontanea.

Porre attenzione alla presenza, talora eccessivamente vicariante, di personale o familiari.

È indispensabile disporre di locali e attrezzature idonee a valutare quanto richiesto dai singoli test:

- spazi sufficienti ed idonei con accesso ad una rampa di scale dotate di corrimano e gradini antiscivolo;
- ausili alla deambulazione personali o adattabili alla configurazione fisica dell'utente;
- lettino alto, tutto compreso, tra i 55 e 57 cm. e largo non meno di 80 cm. (modello simile a quello utilizzato per i trattamenti FKT).

I singoli test vengono somministrati nella forma e modo prescritto nella scheda.

Barrare la casella con il punteggio più simile alle capacità dell'utente.

Trasferimento letto-sedia o carrozzina: se il paziente è totalmente allettato dare il punteggio massimo (15).

Deambulazione: il punteggio può essere (0-3-7-12-15); ATTENZIONE !! qualora il punteggio attribuibile sia pari a «15» ed il paziente sia stato addestrato all'uso della carrozzina (paraplegico, amputato ecc.) deve essere utilizzato, in modo sostitutivo, il quadro *Uso della carrozzina* (il punteggio relativo a *Deambulazione* non è considerato utile per la somma totale).

TAB.2 MOBILITÀ - SCALA DI TINETTI che si precisa va compilata solo se la persona può assumere e mantenere la stazione eretta con o senza ausili.

La "Tinetti balance and Gait Scale" è uno strumento di facile utilizzo, diffuso e validato e si è dimostrato essere un buon indice predittivo di caduta.

La versione proposta è quella validata dal gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia (*Franzoni S, Rozzini R: Le cadute nell'anziano. In: Bianchetti A, Rozzini R, Zanetti O, Trabucchi M: Ruolo del nursing nella cura del molto vecchio. GRG Ed, Brescia, 1990*).

Punteggi

- uguali o inferiori a 1 indicano la persona non deambulante;
- tra 2 e 19 deambulante a rischio di caduta;
- uguale superiore a 20 deambulante a basso rischio di caduta.

La scala può essere utilizzata per definire i soggetti da sottoporre a particolare sorveglianza e a programmi riabilitativi ed anche per definire l'efficacia o gli effetti collaterali negativi di terapie e programmi riabilitativi.

Equilibrio

La persona con disabilità deve essere valutata seduta su una sedia senza braccioli e deve essere invitata a svolgere le manovre indicate. Si valuta la qualità della risposta, mentre non è particolarmente rilevante la velocità.

Andatura

La persona con disabilità sta in piedi di fronte all'esaminatore, cammina lungo il corridoio o attraverso la stanza, all'inizio con il suo passo usuale, poi con un passo un po' più rapido. Può usare gli usuali ausili per il cammino.

Al termine di ciascuna sezione si riporta il punteggio ottenuto secondo le modalità riportate in tabella.

Per determinare il punteggio Valutazione Mobilità VMOB- riportare il punteggio VMOB 1 o VMOB2 secondo indicazioni fornite in tabella .

In ultimo, per definire il Profilo Mobilità-PMOB si utilizzerà il quadro di comparazione SITUAZIONE MOBILITA' .

Al termine di questa valutazione l'U.V.B.R. potrà indicare la tipologia di regime: ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale e domiciliare ex art 26 al quale indirizzare l'utente.

3) SCHEDA C DI VALUTAZIONE SOCIALE:

Il Frontespizio raccoglie i dati anagrafici della persona, le informazioni sul percorso di accesso, e su eventuali figure di riferimento per la "Persona incaricata di tutela giuridica, se rilevante ai fini della valutazione del caso, vanno indicati nome e recapiti di un eventuale tutore legale, amministratore di sostegno, magistrato di riferimento.

Sezione 1 Profilo personale

1.2 Titolo di studio: oltre alla specifica del titolo posseduto, indicare anche l'eventuale incompiutezza di un ciclo scolastico (es: prime tre classi di scuola elementare) o un ciclo in corso.

1.3 Condizione lavorativa: nella "Specifica" indicare il tipo di lavoro ed il grado di soddisfacimento personale rispetto alla qualità della vita.

Sezione 2 Condizione economica –

2.4 ISEE/Reddito del Nucleo Familiare: nel caso di valutazione di persone non autosufficienti, queste voci servono esclusivamente ad avere un quadro informativo generale sul nucleo familiare rispetto alle sue capacità di offrire assistenza privata, ma, ai sensi della normativa vigente, non possono essere intese come informazioni utili a contabilizzare eventuali quote di compartecipazione economica al costo dei servizi.

Sezione 3 Condizione Abitativa:

3.1: in caso di ospitalità presso struttura, compilare solo le voci relative nel primo riquadro, più eventuali elementi degni di attenzione nello spazio libero a margine.

In caso di "ospitalità temporanea" o sfratto esecutivo (3.2) , è rilevante ai fini dell'urgenza del caso precisare a lato i termini di scadenza.

Sezione 4 Condizione Familiare :

Le prime 2 finestre servono a raccogliere dati oggettivi che descrivano l'ambiente familiare; è importante raccogliere informazioni su ciascuno dei componenti, in modo da poter avere un quadro complessivo della capacità del nucleo di provvedere all'assistenza della persona.

4.3 : per "devianza sociale" s'intendono tutte le problematiche sociali che rendono inadeguato l'ambiente familiare; per "problemi di lavoro" s'intendono anche difficoltà a conciliare lavoro e assistenza alla persona.

4.4 Valutazione della condizione Familiare La terza finestra permette una valutazione finale, sulla base dei dati oggettivi raccolti, che sintetizza il rapporto tra carico assistenziale ed eventuale problematicità della famiglia..

4.5 Scheda C.b.i. "Livello di Stress dal Care Giver": si somministra alla persona che si assume il maggior carico di cura e serve a valutare la sua capacità di tenuta nel tempo . Il Punteggio è desumibile sommando nella colonna a destra le cifre desunte dalle risposte e dividendone il totale per 24.

Sezione 6 Supporto della rete sociale

Le 2 schede: 6.1 "Rete Parentale" e 6.2 "Altra Rete" descrivono nel dettaglio, in rapporto alla limitata autonomia della persona, la capacità di supporto offerta delle eventuali persone che lo assistono per ciascuna funzione. La titolazione delle colonne è unica per entrambe le schede. Nella colonna "tipo di supporto" è essenziale accertare il ruolo di responsabilità assunto dalla persona che presta assistenza. Con "S" si indica chi assume responsabilità decisionali (es: un coniuge) mentre con "R" si indica chi svolge un ruolo di aiuto nell'esecuzione di compiti preordinati. Sono esclusi da questa analisi gli operatori dei Servizi pubblici. Nella colonna "Intensità dell'Attivazione futura" indicare eventuali cambiamenti nell'intensità del carico di assistenza, che sono ragionevolmente prevedibili nell'immediato futuro, sia in termini di potenziamento che di decremento. (Es: l'impegno assunto da un parente o da un'associazione di volontariato per n.... volte alla settimana, la partenza imminente di un familiare, ecc...).

Seguono le scale S.R.; L.p.s.v.; e I.c.a. che permettono una valutazione dei dati descrittivi.

6.3 Scala di responsabilizzazione S.R.: misura il livello di responsabilità e di condivisione della rete di supporto allargata anche a figure del servizio pubblico, e costituita dalle sole figure "S" cioè in grado di svolgere un ruolo di responsabilità decisionale.

6.4 Scala del livello di protezione dello spazio di vita L.p.s.v.: riassume la presenza sia di figure responsabili "S" sia di figure operative "R" nel solo spazio di vita privata dell'utente, misurandone il livello di protezione. In entrambe le scale il punteggio si desume indicando nella colonna (b) il numero di figure coinvolte e moltiplicandolo con il punteggio indicato alla colonna (a).

6.5 Scala dell'indice di copertura assistenziale I.c.a.: misura il tempo dedicato all'assistenza da parte di ciascuna figura precedentemente descritta. Permette così di costruire una mappa temporale della copertura assistenziale e può essere uno strumento utilissimo nella codifica di un progetto assistenziale, soprattutto domiciliare. I codici differiscono da quelli delle precedenti scale: F = familiare; S = soggetto pubblico che svolge una prestazione su incarico dai Servizi Sociali o del Distretto Sanitario; V = volontario (in funzione coadiuvante o meno del s. pubblico); P = privato a pagamento.

6.6 Scheda dell'autonomia della persona e della capacità di supporto della rete: rileva il livello complessivo di supporto della rete, indipendentemente dagli attori coinvolti, per ciascuna delle attività di vita quotidiana, in relazione alla capacità di autonomia dell'assistito. È interessante interfacciare tale valutazione con le scale ADL e IADL somministrate dai responsabili clinici della valutazione, per verificare se una funzione limitata (es: alimentazione), sia adeguatamente supportata dalla rete o se la stessa funzione non risulti addirittura facilitata dalla presenza di un contesto familiare.

La valutazione non è misurata ma desunta dall'osservazione del rapporto tra la persona e la rete di supporto. Il risultato si desume contando le x barrate nelle colonne.

Sezione 7 Livello di bisogno assistenziale sociale

Le 2 tabelle 7.1 "Necessità di interventi sociali" e 7.2 "Servizi Attivi" registrano i servizi così come previsti dal documento ministeriale "Set Minimo dei dati per la Non Autosufficienza" prodotto dal gruppo di lavoro S.I.N.A. *Sistema Informativo per la Non Autosufficienza*.

4) SCHEDA D Cartella U.V.I. , compilata in sede di Unità di Valutazione Integrata

Nella prima parte della cartella U.V.I. vanno trascritti tutti i dati identificativi ed i codici richiesti, il nome del Medico, Assistente Sociale e della persona di riferimento con numeri di telefono e indirizzo (quest'ultimo solo per la persona di riferimento), informazioni relative all'erogazione dei servizi.

Nella pagina successiva si deve riportare quanto già rilevato nella scheda B-parte I Diagnosi delle principali condizioni di salute .

Nella sezione titolata VALUTAZIONE SOCIALE -VSOC deve essere riportato il punteggio PSOC risultante dalla valutazione effettuata con la SCHEDA C dall'assistente sociale.

Nella sezione titolata *Profilo dell'autonomia* si ritrovano gli spazi destinati a raccogliere la sintesi delle singole valutazioni effettuate utilizzando le schede A, B e C distinte in livelli in funzione dei cut-off evidenziati. I singoli punteggi devono essere trasferiti nell'asse di competenza, al termine dovrà essere definito il codice del profilo di autonomia dell'assistito che si compone di 5 cifre come di seguito indicato :

1° cifra, riguarda la valutazione del bisogno di assistenza sanitaria;

2° cifra, riguarda la valutazione cognitiva – comportamentale;

Per il conferimento dei dati ai sistemi informativi nazionali, vanno anche indicati i valori ammessi per l'area cognitiva e l'area comportamentale come indicato nelle specifiche tabelle.

3° cifra, riguarda la valutazione dell'autonomia nelle ADL;

4° cifra, riguarda la valutazione delle capacità motorie;

5° cifra, riguarda il profilo sociale ed in particolare la capacità della famiglia che può avvalersi del supporto della rete di farsi carico dell'assistenza.

Il Codice Profilo risulta dall'incrocio dei diversi punteggi dei 4 assi a cui si aggiunge il Punteggio Sociale-PSOC.

E'auspicabile che il Progetto Assistenziale Individualizzato - PAI preveda che la persona con disabilità venga il più possibile sostenuta nel proprio ambiente, attivando ed utilizzando tutti i servizi disponibili in appoggio alla domiciliarità, laddove la famiglia sia in grado o intenda, farsi carico dell'assistenza del proprio familiare.

Viene dato spazio alla sintesi dei problemi presenti, compresi quelli non evidenziati a sufficienza dalle scale di valutazione (es: deficit motorio/cognitivo secondario a trattamento farmacologico, ecc.).

La valutazione si concretizza in un *progetto assistenziale* che deve essere evidenziato nello spazio dedicato e per il quale viene identificata la durata; inoltre viene dato spazio alla raccolta di informazioni relative al costo della prestazione e della partecipazione alla spesa dell'utente, del sistema sanitario e dell'ente locale, come previsto dalla normativa vigente e dai regolamenti adottati.

A fine pagina tutti i partecipanti alla valutazione devono controfirmare nello spazio di competenza, è inoltre rilevato il *responsabile del caso* con ruolo di attivatore-verificatore ed è prevista la firma per accettazione dell'utente/tutore amministratore..