

## Istruzioni per l'uso della scheda S.Va.M.Di. Campania

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. CAMPANIA è costruita sulla struttura e sull'organizzazione concettuale della S.VA.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.. Su delega dei Comuni dell'Ambito, alla riunione dell'U.V.I. deve partecipare un responsabile amministrativo e contabile per l'assunzione degli oneri di spesa sociale.

**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 <sup>2</sup>(IMC = peso/altezza<sup>2</sup>).

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)<sup>1</sup>, 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.

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

**TAB. 3 - FATTORI AMBIENTALI**

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

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  $\geq 3$  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 funzione corporea. 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.O.A.R./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.O.A.R./ U.V.B.R.o nel caso in cui un paziente -già in carico presso l'U.O.A.R./U.V.B.R.- necessita di una prescrizione di prestazioni ex art.26 L.833/78 la scheda B viene compilata direttamente dall'U.O.A.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<sup>2</sup>. 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- SPMSQ**. 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;

---

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

- Sommare gli errori e riportare il risultato nella casella (VCOG1).
- 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 vco3=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'UOAR/UVBR;
- rivalutare con tempi e modi concordati con l'UOAR;
- 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 barranto, 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 MOBILITÀ' 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.O.A.R. potrà indicare la tipologia di regime: ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale e domiciliare ex art 26 al quale indirizzare l'utente.

Si prevede inoltre l'invio all'unità di valutazione integrata U.V.I. nel caso in cui:

- superati i 240 gg. di permanenza in regime ex art. 26, come previsto dal decreto commissariale 6/2010 ad esclusione delle patologie individuate dalla D.G.R.C.. 482/2004 per le quali si prevede il superamento dei 240gg.;
- l'U.O.A.R. non ritenga idoneo al bisogno dell'utente l'invio a prestazioni di tipo ex art. 26 ma una presa in carico integrata con i servizi sociali integrati.

### **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 "Specificata" indicare il tipo di lavoro ed il grado di soddisfacimento personale rispetto alla qualità della vita.

#### **Sezione 2 Condizione economica –**

**2.4 ISEE 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. E' 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*. Tale schematizzazione, è necessaria per la raccolta dati collegata al progetto SINA.

Indicare quali Servizi sono al momento della valutazione già in corso di erogazione, precisandone i dettagli richiesti. E' essenziale precisare il codice nomenclatore del Piano di Zona. Per i servizi domiciliari, specificare le prestazioni. Qualora un intervento, elencato nella colonna “Servizi” sia erogato come una delle prestazioni che compongono un servizio (es: fornitura pasti nel servizio domiciliare), riportarlo nella colonna “Prestazioni” a fianco del Servizio relativo. E' essenziale sia ai fini della valutazione sociale, sia ai fini della raccolta dati per il S.I.N.A., che l'assistente sociale assuma certezza preventiva sui servizi erogati ed erogabili attraverso il raccordo con l'Ufficio di Piano.

#### 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 1 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'uspicabile 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. Per l'assunzione degli oneri di spesa sociale, e l'attivazione del progetto assistenziale, la scheda deve essere firmata anche da un Responsabile amministrativo e contabile delegato dai Comuni dell'Ambito.