

ISTRUZIONI PER L'USO S. VA. M. A.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte ed Anziane
(strumento per l'accesso ai servizi di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati)

La scheda S.Va.M.A. comprende 5 dimensioni o assi: situazione sanitaria, situazione cognitiva, situazione funzionale, mobilità, situazione sociale. Le singole sezioni sono compilate separatamente dai singoli professionisti coinvolti e la cartella S.Va.M.A. che ne rappresenta la sintesi è compilata in sede di Valutazione integrata.

Per la valutazione globale si utilizzano apposite scale raggruppate, per analogia, in 4 schede che esplorano i seguenti aspetti:

1) **SCHEDA A- VALUTAZIONE SANITARIA** (4 pagine) contenente i quadri per l'anamnesi clinico-farmacologica, per la registrazione di specifiche condizioni che richiedono assistenza infermieristica, per l'analisi del sensorio e comunicazione e per l'elenco delle principali patologie potenzialmente causa di disabilità (codifica ICPC).

È compilata dal Medico di Medicina Generale, ovvero dal Medico curante (ospedale ecc.) che successivamente la presenta in sede di Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.).

2) **SCHEDA B-VALUTAZIONE COGNITIVA E FUNZIONALE** (7 pagine) contenente la scala di valutazione cognitiva SPMSQ (Pfeiffer), la scala di valutazione disturbi comportamentali NPI (Cummings,1994), la scala di valutazione della situazione funzionale (Barthel) distinta in ADL e Mobilità, la scala di Exton Smith per la valutazione del rischio di decubiti o di quelli eventualmente esistenti.

È compilata dal medico specialista, che successivamente la presenta in sede di Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.).

3) **SCHEDA C- VALUTAZIONE SOCIALE** (11 pagine) 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 S.VA.M.A.** (7 facciate) contenente quadri per la raccolta-registrazione dei dati identificativi della persona, della valutazione del potenziale residuo, della valutazione dell'efficacia della rete sociale, del profilo dell'autonomia e del verbale della Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.).

È utilizzata per formulare il parere, congiuntamente espresso dalla Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.), relativamente ad alcuni aspetti funzionali e sociali, per riassumere i giudizi valutativi espressi dai singoli professionisti e per registrare il progetto assistenziale formulato. 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.

È compilata al momento della riunione della Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.).

Di seguito vengono impartite le istruzioni per la somministrazione standardizzata dei test contenuti nelle singole schede e la compilazione della modulistica relativa alle raccomandazioni per l'individuazione dei criteri di eleggibilità :

5) **SCHEDA E- DEFINIZIONE DEI PROFILI ASSISTENZIALI**

Tale scheda (5 facciate) va utilizzata al momento della valutazione multidimensionale in U.V.I. per la proposta di codifica di progetto assistenziale.

6) **SCHEDA F-RIEPILOGO BISOGNI ASSISTENZIALI**

La tabella allegata va utilizzata in sede di U.V.I. per facilitare il conferimento dei dati ai flussi informativi NSIS che prevedono per l'evento VALUTAZIONE.

1) **SCHEDA A- VALUTAZIONE SANITARIA**

> pag. 1

Vanno annotati il cognome e nome dell'utente, vanno riportati il Codice Fiscale e il numero di Tessera Sanitaria dell'assistito; inoltre si indica se l'assistito:

- fruisci (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.

Si annoterà la sede di valutazione (domicilio, ambulatorio, ospedale, ecc.).

Va evidenziata l'anamnesi, con particolare riguardo alle condizioni cliniche più rilevanti nel condizionare la situazione attuale dell'utente; queste andranno elencate in ordine decrescente di importanza.

Successivamente va indicato il trattamento (farmacologico e non) in atto specificando il nome commerciale e la posologia.

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 (VIP) e, in sede di Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.), trascrivere il risultato a pag. 2 della *Cartella SVAMA* (vedi istruzioni sopra).

> pagg. 2-3-4

Nel quadro *Sensorio e comunicazione* va evidenziato lo stato funzionale utilizzando gli esempi proposti ed evidenziando (sottolineatura) quello più conforme a quanto rilevato.

L' *Elenco codificato delle patologie* (codice ICPC) propone un'ampia scelta tra quelle più frequentemente causa di disabilità. Il Medico compilatore deve evidenziare le tre patologie principali causa di deficit funzionale dell'utente. Se ritenuto opportuno, tale evidenziazione può essere effettuata in sede di Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.).

3) SCHEDA B -VALUTAZIONE COGNITIVA E FUNZIONALE:

> pag. 1-2

Vanno riportati i dati relativi al paziente e alla sede di valutazione come per le altre schede.

SITUAZIONE COGNITIVA: SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE -SPMSQ la somministrazione del test richiede alcune indicazioni di tipo operativo:

- 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 somministrata 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 della 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 sia esatta per almeno 2 dei 3 quesiti

-Sommare gli errori e riportare il risultato nella casella (VCOG).

Se il test non è somministrabile annotare il motivo negli spazi appositi, secondo le istruzioni (es.: grave deficit sensoriale multiplo).

Le annotazioni relative ai disturbi comportamentali devono essere compilate con molta attenzione; in particolare, deve emergere se siano indispensabili provvedimenti specifici per contenere il problema (ad es.: accessi controllati 24 ore su 24, impossibilità di convivenza con altri soggetti, rapporto operatore/ospite 1:1 in alcune fasi della giornata).

La scheda S.Va.M.A. è aggiornata rispetto al modello approvato, con D.G.R.C. 1811/2007 integrandola con lo strumento **Neuropsychiatric Inventory (NPI)**, per la valutazione della gravità dei disturbi comportamentali delle persone con demenza. Tale modifica non incide sulle modalità di determinazione dei profili tradizionali, ma la sua compilazione comporta il riconoscimento nel quadro sinottico di uno specifico punteggio di gravità.

L'attribuzione di specifico punteggio si rende necessaria al fine di rendere la scheda S.Va.M.A., maggiormente omogenea per la trascodifica dei punteggi di gravità, soprattutto relativamente ai profili 16 e 17, riconoscendo in tal modo che le situazioni di grave demenza hanno carattere di priorità all'accesso all'unità offerta di intensità assistenziale.

Nell'ambito di tale scala l'agitazione, l'apatia/indifferenza, la disibinizione, l'attività motoria aberrante ed il sonno, sono considerate categorie primarie (criteri maggiori), mentre il delirio, l'allucinazione, la depressione/disforia, l'ansia, l'euforia/esaltazione, l'irritabilità/labilità e l'appetito sono considerate categorie secondarie (criteri minori). Al fine di poter inserire un soggetto con demenza nel modulo dedicato è necessario che siano individuati (con un punteggio totale f per g per singola categoria ≥ 6) i criteri maggiori e i criteri minori.

Proposta punteggio

- 2 criteri maggiori+ 3 criteri minori=4
- 2 criteri maggiori+ 2 criteri minori=4
- 2 criteri maggiori+1 criterio minore =3
- 1 criterio maggiore+3 criteri minori=3

- 1 criterio maggiore+ 2 criteri minori=2
- 1 criterio maggiore+ 1 criterio minore=2
- 0 criterio maggiore+ 3 criteri minori=2
- 0 criterio maggiori+2 criteri minori=1
- 0 criteri maggiori +1 criterio minore=1
- 0criteri maggiori+0 criteri minori=0

Il punteggio attribuito allo stress del caregiver non è dirimente in questa fase per l'inquadramento del soggetto, ma verrà considerato in sede di U.V.I. per la definizione di azioni di supporto al caregiver stesso o per la valutazione di un eventuale ricovero di sollievo in RSA/Centro Diurno.

> pag. 3 - 4

La valutazione funzionale realizzata con il BARTHEL ADL, così come la successiva con il BARTHEL MOBILITÀ, 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.

> pag. 5-6

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)

> pag. 7

Contiene lo spazio per evidenziare la presenza di eventuali decubiti e, se non presenti, il test di EXTON SMITH per la valutazione del rischio di decubiti che utilizza una valutazione qualitativa o semiquantitativa di 5 parametri (condizioni generali, stato mentale ecc.).

Il punteggio attribuibile a ciascun parametro è evidenziato a fianco di ciascun esempio di riferimento e va riportato nello spazio libero di destra corrispondente.

Condizioni generali si riferiscono alle condizioni clinico-nutrizionali e non allo stato funzionale o cognitivo; vengono proposti i seguenti criteri orientativi per la classificazione:

- *Buone e discrete* si riferiscono a soggetti in condizioni cliniche, nutrizionali e di sanguificazione normali o poco alterate (es.: creatinemia < 2 mg/dl, albumina sierica > 3.5 g/dl, emoglobina > 12 g/dl. ecc). La presenza anche di una sola condizione citata fuori norma fa classificare l'esaminato in una delle categorie successive.

- *Scadenti* sono quelle dei pazienti con scompenso cardiaco, neoplasie, ascite ecc., creatinemia tra 2 e 5 mg/dl, albuminemia tra 3.5 e 2.5 g/dl, emoglobina tra 12 e 10 g/dl ecc.. Anche una sola condizione può far classificare il soggetto in questa categoria.

- *Pessime* tutte le condizioni peggiori di quelle citate nella categoria *scadenti*.

Stato mentale:

- *Lucido* è riferito ad un paziente con normale orientamento temporo-spaziale

- *Confuso* è un paziente con alterato orientamento, eventualmente agitato, ma in grado di relazionare, seppur abnormemente, con l'ambiente

- *Apatico* è un paziente che relaziona per breve tempo dopo stimolazione sensoriale (tattile, acustica ecc.) di intensità medio-forte

- *Stuporoso* è un paziente con deficit di coscienza stabili che non permettono una relazione con l'ambiente.

Attività: le descrizioni contenute nella scheda sono esaustive.

Mobilità: si intende la mobilità a letto ovvero la possibilità di spostamenti da supino/prono a decubito laterale e i trasferimenti in orizzontale sul piano del letto.

Incontinenza: le descrizioni contenute nella scheda sono esaustive.

Qualora il test di Exton-Smith dia una somma pari o inferiore a 10 oppure (indipendentemente dal punteggio del test) siano già presenti lesioni da decubito di I - II grado si attribuisce il punteggio di «10» (seconda riga del quadro).

Qualora siano presenti lesioni da decubito di III - IV grado (necrosi a tutto spessore con interessamento del sottocutaneo esclusa la zona sottofasciale - III- od oltre questa, con lesioni anche ossee, tendinee ecc. - IV), indipendentemente dal punteggio del test, si attribuisce il punteggio previsto nelle ultime due righe del quadro (15-25).

Riportare il punteggio a pag. 2 della Cartella S.Va.M.A. nel quadro "Necessità di assistenza sanitaria" nella riga dedicata alla Prevenzione Trattamento decubiti (VPIA).

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 dalle 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

> pag. 1

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).

> pag. 2

Nel riquadro VALUTAZIONE SOCIALE -VSOC deve essere riportato il punteggio PSOC risultante dalla valutazione effettuata con la SCHEDA C dall’assistente sociale.

Nella sezione titolata *Necessità di assistenza sanitaria* si riporta, sulla prima riga, il punteggio relativo alla voce *Assistenza infermieristica* (vedi pag.1 della scheda di Valutazione sanitaria)(VIP).

Sulla seconda riga si riporta il punteggio ottenuto alla voce *Prevenzione-trattamento decubiti* (vedi pag.4 della scheda di Valutazione Cognitiva e Funzionale)(VPIA).

Sulla terza riga, *Potenziale residuo* (VPOT) si riporta la valutazione della Unità di Valutazione Integrata (UVI), tradotta in punteggio, relativa alla possibilità di recupero del soggetto in termini di autonomia; è fondamentale che venga compilata in

sede Unità di Valutazione Integrata (UVI), dopo attenta valutazione dei pareri espressi dai singoli componenti che, ovviamente, devono aver valutato di persona l'utente interessato.

È necessario utilizzare le indicazioni riportate nel riquadro per attribuire il punteggio corretto.

- punti «0» se non vi è possibilità di recupero funzionale;
- punti «5» se è possibile raggiungere l'autonomia (vedi riquadro) in almeno 1 item della scala Barthel ADL-Mobilità;
- punti «20» in caso di sindrome ipocinetica quale possibile complicanza, anche in corso di patologia cronico-degenerativa, di inadeguata assistenza o di patologia acuta successivamente guarita con esito di ipofunzione globale (es. broncopolmonite, scompenso cardiaco ecc.);
- punti «25» in caso di disabilità grave da evento acuto (es. frattura, ictus ecc.) con esiti trattabili e buone prospettive di recupero ma con scarsa probabilità di recupero spontaneo.

Gli utenti destinatari dei due livelli più elevati di punteggio (20-25) sono tipicamente quelli inseribili in strutture dotate di buon servizio riabilitativo e destinati, spesso, ad essere dimessi a domicilio a miglioramento ottenuto.

Sommare tutti i punteggi e riportare il risultato nella casella apposita (VSAN).

> pag. 3-4

La scheda *Profilo dell'autonomia* contiene gli spazi destinati a raccogliere la sintesi delle singole valutazioni, distinte in livelli in funzione dei cut-off evidenziati. I singoli punteggi devono essere trasferiti nell'asse di competenza.

Per quanto riguarda, in particolare, la sezione relativa alla *Situazione Cognitiva/ Comportamentale*, utilizzando sia la rilevazione analitica delle apposite schede (SPMSQ e NPI) che ogni altro parametro clinico-funzionale conosciuto dai singoli componenti, l'eventuale presenza di disturbi comportamentali richiede un progetto assistenziale specifico.

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.

È 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.

> pag. 5-6

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.

5) SCHEDE E -DEFINIZIONE DEI PROFILI ASSISTENZIALI

Tale scheda (5 facciate) va utilizzata al momento della valutazione multidimensionale in U.V.I. per la proposta di codifica di progetto assistenziale.

Ai fini dell'accesso ai servizi il modello di scheda S.Va.M.A: comprende un quadro sinottico dei profili di autonomia raggruppati per necessità sanitaria, da utilizzare per l'individuazione dei profili di autonomia.

6) SCHEDE F-RIEPILOGO BISOGNI ASSISTENZIALI

La tabella allegata va utilizzata in sede di U.V.I. per facilitare il conferimento dei dati ai flussi informativi NSIS per l'evento VALUTAZIONE.