

n. 107 del 120 DIC 2013

ALL. B

REGIONE
ABRUZZO



Regione Abruzzo

ASL _____ / DISTRETTO SANITARIO _____ AMBITO TERRITORIALE _____
Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) _____

S.Va.M.Di.

SCHEDA PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

CARTELLA

Sig./Sig. ra _____

Data di nascita ___/___/___

Tessera sanitaria _____ es. ticket ___ SI / NO ___ cod. fiscale _____

Residenza _____

Domicilio _____

Comune _____ Provincia _____

Recapiti telefonici _____

Medico curante Dott./Dott.ssa _____ Recapiti _____

Assistente sociale _____ Comune _____

Recapiti _____

Persona di riferimento _____

Indirizzo _____

Recapiti _____

Grado di parentela _____

REGIONE
ABRUZZO



Regione Abruzzo

S.Va.M.Di.

**SCHEDA PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
DELLE PERSONE CON DISABILITÀ**

SEZIONE 1

VALUTAZIONE SOCIALE

Cognome **Nome**



REGIONE ABRUZZO

S.Va.M.Di.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con Disabilità **(SEZIONE 1)**

VALUTAZIONE SOCIALE

Data di nascita						
	<i>giorno</i>	<i>mese</i>	<i>anno</i>			

Residenza: via/piazza		
Comune		Prov.

Stato civile:	<input type="checkbox"/> celibe/nubile	<input type="checkbox"/> coniugato/a	<input type="checkbox"/> separato/a	<input type="checkbox"/> vedovo/a	<input type="checkbox"/> divorziato
	<input type="checkbox"/> convivente				
Scuola frequentata:	<input type="checkbox"/> scuola materna/ nido	<input type="checkbox"/> elementare	<input type="checkbox"/> media inferiore	<input type="checkbox"/> media superiore	<input type="checkbox"/> università
Anni di scolarità n°:					
Insegnante di sostegno	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Assistenza scolastica comunale:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Certificazione L. 104/92 per sostegno scolastico:			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Istruzione:	<input type="checkbox"/> nessun titolo	<input type="checkbox"/> Licenza elementare	<input type="checkbox"/> media inferiore	<input type="checkbox"/> media superiore	<input type="checkbox"/> laurea
Occupazione:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> lavoro dipendente	<input type="checkbox"/> lavoro autonomo	<input type="checkbox"/> studente	<input type="checkbox"/> casalinga
	<input type="checkbox"/> pensionato/a	<input type="checkbox"/> disoccupato per motivi di salute		<input type="checkbox"/> disoccupato per altri motivi	
Tutela legale:	<input type="checkbox"/> persona responsabile per sé		<input type="checkbox"/> persona con provvedimento protezione/tutela		
Invalità civile:	<input type="checkbox"/> richiesta <input type="checkbox"/> nessuna		<input type="checkbox"/> ottenuta	<input type="checkbox"/> grado riconosciuto: %	
<input type="checkbox"/> Indennità di frequenza					
Necessità accompagnatore per deambulare:			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Necessità assistenza continua			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Minore in difficoltà:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cecità completa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Minore ipoacusico:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sordomuto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Invalità INAIL:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
Condiz. disabilità per inserim. lavorativo (L. 68/99):			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Accompagnamento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> in attesa		
Condizioni di vita all'inizio del progetto					
<input type="checkbox"/> con genitori	<input type="checkbox"/> con altri familiari, senza genitori	<input type="checkbox"/> con il coniuge/partner	<input type="checkbox"/> con coniuge/partner e figli		
<input type="checkbox"/> vive solo, in modo non autonomo		<input type="checkbox"/> vive solo, in modo autonomo			
<input type="checkbox"/> in struttura abitativa comunitaria (es.: casa famiglia, comunità alloggio)					
<input type="checkbox"/> Altro: (specificare):					
INVIANTE:	<input type="checkbox"/> Medico/pediatra di base	<input type="checkbox"/> Specialista ospedaliero	<input type="checkbox"/> Specialista Distretto	<input type="checkbox"/> Altro	
Medico Curante:				tel	

Persona di riferimento contattabile			tel
	Cell.		Grado parentela

LIMITAZIONI DELL'ATTIVITA' / RESTRIZIONI DELLA PARTECIPAZIONE E FATTORI AMBIENTALI



- L'Attività è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo. La Partecipazione è il coinvolgimento in una situazione di vita.
- Le Limitazioni dell'Attività sono le difficoltà che un individuo può incontrare nello svolgere delle attività. Le Restrizioni alla Partecipazione sono i problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni della vita.
- I fattori ambientali costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico, sociale e degli atteggiamenti, in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza.

Il **qualificatore Performance** indica il **grado della restrizione nella partecipazione** descrivendo l'**attuale performance** delle persone in un compito o in un'azione **nel loro ambiente reale**. Poiché l'ambiente reale introduce al contesto sociale, performance può essere intesa come "coinvolgimento in una situazione di vita" o "esperienza vissuta" delle persone nel contesto reale in cui vivono. Questo contesto include i fattori ambientali - tutti gli aspetti del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti - che possono essere codificati usando la componente Fattori Ambientali. Il qualificatore Performance misura la difficoltà che la persona incontra nel **fare le cose, ammesso che le voglia fare**.

Il **qualificatore Capacità** indica il grado di limitazione nell'attività descrivendo l'**abilità della persona** ad eseguire un compito o una azione. Il qualificatore Capacità focalizza l'attenzione sulle limitazioni che sono caratteristiche inerenti o intrinseche delle persone stesse. Queste limitazioni dovrebbero essere manifestazioni dirette dello stato di salute della persona, **senza assistenza**. Per assistenza intendiamo l'aiuto di un'altra persona, o l'assistenza fornita da un veicolo o da uno strumento adattato o appositamente progettato o qualsiasi modificazione ambientale di una stanza, della casa, del posto di lavoro, ecc. Il livello dovrebbe essere valutato relativamente alle capacità normalmente attese per quella persona o alle capacità della persona prima delle attuali condizioni di salute.

	BREVE LISTA DI DOMINI DI ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE ICF	PERFORMANCE	CAPACITA'	BREVE COMMENTO
d1.	APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLE CONOSCENZE			
d110	Guardare			
d115	Ascoltare			
d140	Imparare a leggere			
d145	Imparare a scrivere			
d150	Imparare a calcolare (<i>aritmetica</i>)			
d175	Risoluzione di problemi			
d2.	COMPITI E RICHIESTE GENERALI			
d210	Intraprendere un compito singolo			
d220	Intraprendere compiti articolati			
d3.	COMUNICAZIONE			
d310	Comunicare con - ricevere - messaggi verbali			
d315	Comunicare con - ricevere - messaggi non verbali			
d330	Parlare			
d335	Produrre messaggi non verbali			
d350	Conversazione			
d4.	MOBILITA'			
d430	Sollevare e trasportare oggetti			
d440	Uso fine della mano (<i>raccogliere, afferrare</i>)			
d450	Camminare			
d465	Spostarsi usando apparecchiature/ausili (<i>sedia a rotelle, ecc.</i>)			
d470	Usare un mezzo di trasporto (<i>auto, bus, treno, aereo, ecc.</i>)			
d475	Guidare (<i>andare in bici o motocicletta, guidare l'auto, ecc.</i>)			
d5.	CURA DELLA PROPRIA PERSONA			
d510	laversi (<i>fare il bagno, asciugarsi, ecc.</i>)			
d520	Prendersi cura di singole parti del corpo (<i>lavarsi i denti, radersi, ecc.</i>)			
d530	Bisogni corporali			
d540	Vestirsi			
d550	Mangiare			
d560	Bere			
d570	Prendersi cura della propria salute			
d6.	VITA DOMESTICA			
d620	Procurarsi beni e servizi (<i>fare la spesa, ecc.</i>)			
d630	Preparare i pasti (<i>cucinare, ecc.</i>)			
d640	Fare i lavori di casa (<i>pulire la casa, lavare i piatti, fare il bucato, stirare..</i>)			
d660	Assistere gli altri			



	BREVE LISTA DI DOMINI DI ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE ICF	PERFORMANCE	CAPACITA'	BREVE COMMENTO
d7.	INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI			
d710	Interazioni interpersonali semplici			
d720	Interazioni interpersonali complesse			
d730	Entrare in relazione con estranei			
d740	Relazioni formali			
d750	Relazioni sociali informali			
d760	Relazioni familiari			
d770	Relazioni intime			
d8.	AREE DI VITA PRINCIPALI			
d810	Istruzione informale			
d820	Istruzione scolastica			
d830	Istruzione superiore			
d850	Lavoro retribuito			
d860	Transazioni economiche semplici			
d870	Autosufficienza economica			
d9	VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITA'			
d910	Vita nella comunità			
d920	Ricreazione e tempo libero			
d930	Religione e spiritualità			
d940	Diritti umani			
d950	Vita politica e cittadinanza			
	QUALUNQUE ALTRA ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE			

QUALIFICATORI DI ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE	
primo Qualificatore: Performance Estensione della restrizione della partecipazione	Secondo Qualificatore: Capacità Estensione della limitazione dell'attività
0	<i>Nessuna difficoltà significa che la persona non presenta il problema.</i>
1	<i>Difficoltà lieve significa che il problema è presente in meno del 25% del tempo, con un'intensità che la persona può tollerare e che si è presentato raramente negli ultimi 30 giorni</i>
2	<i>Difficoltà media significa che il problema è presente in meno del 50% del tempo, con un'intensità che interferisce nella vita quotidiana della persona e che si è presentato occasionalmente negli ultimi 30 giorni</i>
3	<i>Difficoltà grave significa che il problema è presente per più del 50% del tempo, con un'intensità che altera parzialmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato frequentemente negli ultimi 30 giorni</i>
4	<i>Difficoltà completa significa che il problema è presente per più del 95% del tempo, con una intensità che altera totalmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato quotidianamente negli ultimi 30 giorni.</i>
8	<i>Non specificato significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della difficoltà</i>
9	<i>Non applicabile significa che è inappropriato applicare un particolare codice</i>



	BREVE LISTA DEI FATTORI AMBIENTALI ICF	Qualific. barriera o facilitatore	BREVE COMMENTO
e1	PRODOTTI E TECNOLOGIA		
e110	Prodotti o sostanze per il consumo personale (<i>cibo, farmaci</i>		
e115	Prodotti e tecnologia per l'uso personale nella vita quotidiana		
e120	Prodotti per la mobilità e il trasporto personale in ambienti interni e esterni		
e125	Prodotti e tecnologia per la comunicazione		
e2.	AMBIENTE NATURALE E CAMBIAMENTI EFFETTUATI DALL'UOMO		
e225	Clima		
e240	Luce		
e250	Suono		
e3.	RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE		
e310	Famiglia ristretta		
e320	Amici		
e325	Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità		
e330	Persone in posizione di autorità		
e340	Persone che forniscono aiuto o assistenza		
e355	Operatori sanitari		
e360	Altri operatori (<i>operatori sociali, insegnanti, ecc.</i>)		
e4.	ATTEGGIAMENTI		
e460	Atteggiamenti della società		
e465	Norme sociali, costumi e ideologie		
e5	SERVIZI, SISTEMI E POLITICHE		
e570	Servizi, sistemi e politiche previdenziali/assistenziali		
e575	Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale generale		
e580	Servizi, sistemi e politiche sanitarie		
	QUALUNQUE ALTRO FATTORE AMBIENTALE		

QUALIFICATORE AMBIENTALE: BARRIERA O FACILITATORE	
0 nessuna barriera	0 nessun facilitatore
1 barriera lieve	+1 facilitatore lieve
2 barriera media	+2 facilitatore medio
3 barriera grave	+3 facilitatore sostanziale
4 barriera completa	+4 facilitatore completo
8 barriera, non specificato	+8 facilitatore, non specificato
9 non applicabile	9 non applicabile

SPAZIO NOTE:



SITUAZIONE FAMILIARE								
Cognome e Nome	Parentela (1)	Età	Professione	Indirizzo e Telefono	Lontananza (2)	ADL (3)	IADL	Supervisione

SITUAZIONE SOCIO/FAMILIARE/AMBIENTALE	
Persone Conviventi:	
- Numero Componenti:	
- Conviventi non autosufficienti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO - Se sì, quanti ? _____

PERSONE IMPEGNATE NELL'ASSISTENZA (compreso personale privato)							

SERVIZI ATTIVATI			
1		3	
2		4	

ABBREVIAZIONI	
(1) C = coniuge	(2) V = immediate vicinanze
F = figlio	15 = entro 15 minuti
FR = fratello/sorella	30 = entro 30 minuti
G = genitore	60 = entro 60 minuti
N = nonno/a	O = oltre un'ora
Nd = nipote diretto	(3) crocettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), IADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), supervisione(diurna e/o notturna)
Ni = nipote indiretto	
Nu = nuora/genero	
AL = altro familiare	
Vi = vicini/amici	
= convivente	



SITUAZIONE ABITATIVA			
<input type="checkbox"/> proprietà	<input type="checkbox"/> in affitto privato	<input type="checkbox"/> in affitto pubblico	<input type="checkbox"/> usufrutto
<input type="checkbox"/> non proprio e non in affitto	c/o		
<input type="checkbox"/> a titolo gratuito	<input type="checkbox"/> sfratto esecutivo		
DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO			
<input type="checkbox"/> servita	<input type="checkbox"/> poco servita	<input type="checkbox"/> isolata	
BARRIERE ARCHITETTONICHE			
<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> solo esterne	<input type="checkbox"/> interne	
<input type="checkbox"/> piano:	<input type="checkbox"/> ascensore agibile	<input type="checkbox"/> ascensore non agibile	<input type="checkbox"/> assenza di ascensore
GIUDIZIO SINTETICO			
<input type="checkbox"/>	Abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n. di persone, ben servito)		
<input type="checkbox"/>	Abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne limitanti la vita di relazione)		
<input type="checkbox"/>	Abitazione non idonea, (alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico, e/o abitazione gravemente insufficiente per n. di persone alloggianti, e/o sfratti esecutivi, e/o isolato)		

SITUAZIONE ECONOMICA	
Assegno – pensione invalidità civile:	<input type="checkbox"/> €:
Indennità di accompagnamento	<input type="checkbox"/> €:
Assegno/ pensione invalidità INPS	<input type="checkbox"/> €:
Altre pensioni	<input type="checkbox"/> €:
Reddito da lavoro	<input type="checkbox"/> €:
Altri redditi	<input type="checkbox"/> €:
Indennità di frequenza	<input type="checkbox"/> €:
Nessuna risorsa	<input type="checkbox"/>
SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO	<input type="checkbox"/> €:
ULTERIORE DISPONIBILITA' ECONOMICA MENSILE DICHIARATA DAI FAMILIARI PER L'ASSISTENZA	<input type="checkbox"/> nessuna
	<input type="checkbox"/> fino a €:
	<input type="checkbox"/> fino a €:
	<input type="checkbox"/> fino a €:
	<input type="checkbox"/> oltre
INTEGRAZIONE ECONOMICA DEL COMUNE PER L'ASSISTENZA	<input type="checkbox"/> copertura completa delle spese
	<input type="checkbox"/> certamente no
	<input type="checkbox"/> possibile
	<input type="checkbox"/> certamente si

si prega di segnalare le informazioni utilizzate

<input type="checkbox"/> documenti scritti	<input type="checkbox"/> informazioni fornite da altri	<input type="checkbox"/> soggetto interessato	<input type="checkbox"/> osservazione diretta
--	--	---	---



SCHEDA DI SINTESI DELLA VALUTAZIONE SOCIALE

ISTRUZIONI:

1. Assegnare un giudizio su scala 0-4 (0=assenza di criticità; 4=grave criticità) in merito alla valutazione sociale dei diversi indicatori;
2. Fare la somma totale dei giudizi e vedere in quale livello ricade la situazione per la determinazione dell'impegno assistenziale

INDICATORI VALUTAZIONE SOCIALE	GIUDIZIO SU SCALA 0 - 4				
SERVIZI, SISTEMI E POLITICHE (e5 dell'ICF)					
Riconoscimento invalidità, pensione , accompagnamento o indennità di frequenza (ICF: e570 - Servizi, sistemi e politiche previdenziali/assistenziali)	0	1	2	3	4
Disponibilità di risorse, disponibilità di strutture adeguate per l'attivazione dell'intervento , assistenza scolastica, (ICF: e575- Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale generale)	0	1	2	3	4
Altri servizi erogati (di assistenza alla persona, agevolazioni e ICF: e580 - Servizi, sistemi e politiche sanitarie)	0	1	2	3	4
RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE (e3 dell'ICF)					
e310 - Famiglia ristretta, Esistenza, presenza di una rete familiare di supporto	0	1	2	3	4
Adeguatezza della rete familiare (multi problematicità, conflittualità)	0	1	2	3	4
Livello di collaborazione delle famiglie (ostacolano, esigono diritti, non rispettano programmi ecc..) ICF e415	0	1	2	3	4
Presenza di altri familiari invalidi nel nucleo	0	1	2	3	4
Conoscenti, colleghi, vicini di casa, membri della comunità (ICF: e325)	0	1	2	3	4
Vita sociale e di comunità (ICF: d910; d920...)	0	1	2	3	4
QUALUNQUE ALTRO FATTORE AMBIENTALE					
Livello disagio abitativo (isolamento, trasporto...)	0	1	2	3	4
Livello inadeguatezza abitativa (problemi igienici...)	0	1	2	3	4
Barriere architettoniche...	0	1	2	3	4
Adeguatezza situazione economica (ISEE e documentazione sociale)	0	1	2	3	4
INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI					
d710-d720: Capacità della persona di interagire con le persone in modo contestualmente e socialmente adeguato	0	1	2	3	4
ATTEGGIAMENTI e460 , e465					
Opinioni e convinzioni generali che influenzano il comportamento e le azioni individuali. interferenze, ICF:)	0	1	2	3	4
CURA DELLA PERSONA E VITA DOMESTICA					
Autonomie della persona, prendersi cura di sé, procurarsi beni e servizi, preparare i pasti, fare i lavori di casa (sintesi dell'ADL e IADL; ICF: da d510 a d570; da d610 a d670)	0	1	2	3	4
TOTALE					

Individuazione del profilo per la determinazione dell'impegno assistenziale		
Totale da 0 a 15	Totale da 16 a 45	Totale da 45 a 60
Livello 1	Livello 2	Livello 3



REGIONE
ABRUZZO



Regione Abruzzo

S.Va.M.Di.

**SCHEDA PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
DELLE PERSONE CON DISABILITÀ**

SEZIONE 2

VALUTAZIONE SANITARIA

Cognome **Nome**



**REGIONE ABRUZZO
S.Va.M.Di.**

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con Disabilità
(SEZIONE 2) VALUTAZIONE SANITARIA

<u>Cognome</u>	<u>Nome</u>
----------------	-------------

CODIFICA ICF

	BREVE LISTA DELLE FUNZIONI CORPOREE	Qualif.	Breve Commento
b1.	FUNZIONI MENTALI		
b110	Coscienza		
b114	Orientamento (<i>tempo, spazio, persona</i>)		
b117	Intelletto (<i>compresi ritardo, demenza</i>)		
b130	Funzioni dell' energia e delle pulsioni		
b134	Sonno		
b140	Attenzione		
b144	Memoria		
b152	Funzioni emozionali		
b156	Funzioni percettive		
b164	Funzioni cognitive di livello superiore		
b167	Linguaggio		
b2.	FUNZIONI SENSORIALI E DOLORE		
b210	Vista		
b230	Udito		
b235	Funzioni vestibolari (<i>compreso l'equilibrio</i>)		
b280	Dolore		
b3.	FUNZIONI DELLA VOCE E DELL'ELOQUIO		
b310	Voce		
b4.	FUNZIONI DEI SISTEMI CARDIOVASCOLARE, EMATOLOGICO, IMMUNOLOGICO E DELL'APPARATO RESPIRATORIO		
b410	Cuore		
b420	Pressione sanguigna		
b430	Sistema ematologico (<i>sangue</i>)		
b435	Sistema immunologico (<i>allergie, ipersensibilità</i>)		
b440	Respirazione (<i>respiro</i>)		
b5.	FUNZIONI DELL'APPARATO DIGERENTE E DEI SISTEMI METABOLICO ED ENDOCRINO		
b515	Digestione		
b525	Defecazione		
b530	Mantenimento del peso		
b555	Ghiandole endocrine (<i>alterazioni ormonali</i>)		
b6.	FUNZIONI GENITOURINAIRE E RIPRODUTTIVE		
b620	Funzioni urinarie		
b640	Funzioni sessuali		
b7.	FUNZIONI NEURO-MUSCOLOSCHÉLETRICHE E CORRELATE AL MOVIMENTO		
b710	Mobilità dell'articolazione		
b730	Forza muscolare		
b735	Tono muscolare		
b765	Movimenti involontari		
b8.	FUNZIONI DELLA CUTE E DELLE STRUTTURE CORRELATE		
	OGNI ALTRA FUNZIONE CORPOREA		

0	Nessuna menomazione significa che la persona non presenta problemi
1	Menomazione lieve significa che il problema è presente in meno del 25% del tempo, con un'intensità che la persona può tollerare e che si è presentato raramente negli ultimi 30 giorni.



2	<i>Menomazione media</i> significa che il problema è presente in meno del 50% del tempo, con un'intensità che interferisce nella vita quotidiana della persona e che si è presentato occasionalmente negli ultimi 30 giorni				
3	<i>Menomazione grave</i> significa che il problema è presente per più del 50% del tempo, con un'intensità che altera parzialmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato frequentemente negli ultimi 30 giorni				
4	<i>Menomazione completa</i> significa che il problema è presente per più del 95% del tempo, con una intensità che altera totalmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato quotidianamente negli ultimi 30 giorni.				
8	<i>Non specificato</i> significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione				
9	<i>Non applicabile</i> significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di postmenopausa)				
BREVE LISTA I.C.F. DELLE STRUTTURE CORPOREE (menomazioni)					
		1° qualific.: estensione menomazione	2° qualific.: Natura cambiamento	3° qualific.: localizzazione	
S1	STRUTTURE DEL SISTEMA NERVOSO				
s110	Cervello				
s120	Midollo spinale e nervi periferici				
s2.	OCCHIO, ORECCHIO E STRUTTURE CORRELATE				
s3	STRUTTURE COINVOLTE NELLA VOCE E NELL'ELOQUIO				
s4	STRUTTURE DEI SISTEMI CARDIO-VASCOLARE, IMMUNOLOGICO E DELL'APPARATO RESPIRATORIO				
s410	Sistema cardiovascolare				
s430	Sistema respiratorio				
s5.	STRUTTURE CORRELATE ALL'APPARATO DIGERENTE E AI SISTEMI METABOLICO ED ENDOCRINO				
s6.	STRUTTURE CORRELATE AL SISTEMA GENITOURINARIO E RIPRODUTTIVO				
s610	Sistema urinario				
s630	Sistema riproduttivo				
s7.	STRUTTURE CORRELATE AL MOVIMENTO				
s710	Regione del capo e del collo				
s720	Regione della spalla				
s730	Estremità superiori (braccio, mano)				
s740	Regione pelvica				
s750	Estremità inferiori (gamba, piede)				
s760	Tronco				
s8.	CUTE E STRUTTURE CORRELATE				
OGNI ALTRA STRUTTURA CORPorea					
1° QUALIFICATORE	0	<i>Nessuna menomazione</i> significa che la persona non presenta il problema.			
	1	<i>Menomazione lieve</i> significa che il problema è presente in meno del 25% del tempo, con un'intensità che la persona può tollerare e che si è presentato raramente negli ultimi 30 giorni.			
	2	<i>Menomazione media</i> significa che il problema è presente in meno del 50% del tempo, con un'intensità che interferisce nella vita quotidiana della persona e che si è presentato occasionalmente negli ultimi 30 giorni.			
	3	<i>Menomazione grave</i> significa che il problema è presente per più del 50% del tempo, con un'intensità che altera parzialmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato frequentemente negli ultimi 30 giorni.			
	4	<i>Menomazione completa</i> significa che il problema è presente per più del 95% del tempo, con una intensità che altera totalmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato quotidianamente negli ultimi 30 giorni.			
	8	<i>Non specificato</i> significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione			
	9	<i>Non applicabile</i> significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: s6301 struttura dell'utero per un uomo) .			
	2° QUALIFICATORE	0	Nessun cambiamento nella struttura		
		1	Assenza totale		
2		Assenza parziale			
3		Parte in eccesso			
4		Dimensioni Anormali			
5		Discontinuità			
6		Posizione deviante			
7		Cambiamenti qualitativi nella struttura, incluso l'accumulo di liquidi			
8		Non specificato			
9	Non applicabile				
3° QUALIFICATORE	0	Più di una regione			
	1	Destra			
	2	Sinistra			
	3	Entrambi i lati			
	4	Frontale			
	5	Dorsale			
	6	Prossimale			
	7	Distale			
	8	Non specificato			
9	Non applicabile				



NECESSITA' DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

(da riempire solo in caso di presenza delle condizioni patologiche sotto elencate. Se la persona valutata non è affetta da nessuna delle patologie sotto elencate, scrivere "0" nella casella: "totale assistenza infermieristica")

Diabete insulino dipendente	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
Ossigeno terapia continuativa a lungo termine (>3 h al dl)	5
Disfagia, sondino nasogastrico, PEG	10
Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale	10
Catetere vescicale	5
Ano artificiale o ureterostomia	5
Sindromi metaboliche con necessità di diete specifiche	10
Nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine	10
Ulcere distrofiche	5
Epilessia farmaco-resistente con crisi quotidiane	10
Totale assistenza infermieristica	

FARMACI UTILIZZATI	Dosaggio:

Protesi/ortesi/ausili	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se sì, Tipo Protesi/ortesi/ausili:		
<input type="checkbox"/> carrozzine ed altri ausili per deambulare	<input type="checkbox"/> ortesi per il tronco	<input type="checkbox"/> sistemi posturali
<input type="checkbox"/> apparecchi e ortesi per l'arto	<input type="checkbox"/> ausili per comunicazione	<input type="checkbox"/> protesi ottiche e acustiche
<input type="checkbox"/> apparecchi per funzione respiratoria	<input type="checkbox"/> ausili addominali	<input type="checkbox"/> altro:



REGIONE
ABRUZZO



Regione Abruzzo

S.Va.M.Di.

**SCHEDA PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
DELLE PERSONE CON DISABILITÀ**

SEZIONE 3

VALUTAZIONE COGNITIVA E FUNZIONALE

Cognome **Nome**



REGIONE ABRUZZO S.Va.M.Di.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con Disabilità (SEZIONE 3)

VALUTAZIONE COGNITIVA E FUNZIONALE

Cognome		Nome	
Sesso:	<input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> femmina	Data di nascita	

SITUAZIONE COGNITIVA

NOTA BENE: da eseguire con scale validate (vedi istruzioni). Il punteggio va ad alimentare la tabella "Valutazione cognitiva" a pag. 29.

	punteggio	
Non ritardo		<i>Barrare il test utilizzato tra quelli proposti nella tabella sottostante</i>
Ritardo lieve	1	
Ritardo medio	2	
Ritardo grave		
Ritardo profondo	3	

<input type="checkbox"/> WPPSI	<input type="checkbox"/> LEITER	<input type="checkbox"/> Bayley Scale	<input type="checkbox"/> Stanford-Binet Intelligence Scales
<input type="checkbox"/> WISC-R	<input type="checkbox"/> C.A.P.I.R.E	<input type="checkbox"/> VINELAND	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Altra scala:			

DISTURBI COMPORTAMENTALI NO SI

Qualora i problemi comportamentali (ad es.: pericolo di fuga, aggressività fisica verso gli altri, pericolo che si possa far del male...) siano prevalenti sul problema del ritardo mentale, occorre codificare il punteggio "4" nella tabella "Valutazione cognitiva" invece che i punteggi relativi al ritardo mentale. Somministrare quindi la scala sottostante: "SUPERVISION RATING SCALE (SRS)", sottolineando il punteggio che meglio corrisponda al grado di supervisione richiesto dal Paziente.

SUPERVISION RATING SCALE

PUNTEGGIO	DESCRIZIONE
1 livello: indipendenza	
1	Il paziente vive da solo o comunque in modo indipendente. Altre persone possono vivere con il paziente, ma nessuno è in grado di essere responsabile della supervisione (per esempio bambini o persone anziane)
2	Il paziente non è supervisionato durante la notte. Vive con una o più persone che potrebbero essere responsabili della sua supervisione (per esempio la moglie o un convivente) ma che a volte possono essere assenti durante la notte
2 livello: supervisione notturna	
3	Il paziente è supervisionato solo durante la notte. Sono sempre presenti durante la notte una o più persone, che tuttavia possono essere assenti per il resto della giornata
3 livello: supervisione indiretta tempo parziale	
4	Il paziente è supervisionato durante la notte e parzialmente durante il giorno, ma può recarsi fuori casa autonomamente. Una o più persone responsabili della sua supervisione sono sempre presenti durante la notte e per parte delle ore diurne tutti i giorni. Tuttavia il paziente può a volte lasciare la sua residenza senza essere accompagnato da persone responsabili della sua supervisione
5	Il paziente è supervisionato durante la notte e parzialmente durante il giorno, ma non durante le ore di lavoro. Le persone responsabili della sua supervisione possono essere tutte assenti per il tempo sufficiente per svolgere un lavoro a tempo pieno fuori casa
6	Il paziente è supervisionato durante la notte e per la maggior parte del giorno. Le persone responsabili della sua supervisione possono essere tutte assenti per periodi maggiori di un'ora, ma meno del tempo necessario per svolgere un lavoro a tempo pieno fuori casa
7	Il paziente è supervisionato durante la notte e per quasi tutto il resto della giornata. I responsabili della sua supervisione possono essere tutti assenti per periodi inferiori a un'ora
4 livello: supervisione indiretta a tempo pieno	
8	Il paziente riceve una supervisione indiretta a tempo pieno. E' sempre presente almeno una persona responsabile della sua supervisione, ma non controlla il paziente più di una volta ogni 30 minuti
9	Come il numero 8, ma in più richiede precauzioni di sicurezza durante la notte (ad es, chiusura della porta di ingresso)
5 livello: supervisione diretta a tempo pieno	
10	Il paziente riceve una supervisione diretta a tempo pieno. E' sempre presente almeno una persona responsabile della sua supervisione, ma non controlla il paziente più di una volta ogni 30 minuti
11	Il paziente vive in un ambiente ove le uscite siano fisicamente controllate da altre persone (per esempio una sala chiusa)
12	Come il n° 11 ma in più è richiesta a tempo pieno una persona che sorvegli a vista il paziente (per esempio, che controlli che non scappi o che non si faccia del male)
13	E' necessario il contenimento fisico del paziente

NOTA: Qualora occorresse una supervisione diretta a tempo pieno (livello 5), il paziente con disabilità intellettiva e disturbo del comportamento deve essere ascritto alla classe superiore di consumo isorisorse a causa del più elevato impegno assistenziale (quindi passaggio dalla classe 2 alla 3, o dalla classe 3 alla 4).



SITUAZIONE FUNZIONALE e MOBILITA'

F.I.M. / WeeFIM

(Functional Independence Measure a 13 item: sono state escluse le aree "Comunicazione" e "Capacità relazionali/cognitive")

Livelli	7 Autosufficienza completa	SENZA ASSISTENZA
	6 Autosufficienza con adattamenti	
	NON AUTOSUFFICIENZA PARZIALE	CON ASSISTENZA
	5 Supervisione - Predisposizione/adattamenti	
	4 Assistenza minima (soggetto => 75%)	
	3 Assistenza moderata (soggetto => 50%)	
	NON AUTOSUFFICIENZA COMPLETA	
	2 Assistenza intensa (soggetto => 25%)	
	1 Assistenza totale (soggetto => 0%)	

Situazione funzionale (attività di base)	
1. Nutrirsi	
2. Rassettersi	
3. Lavarsi	
4. Vestirsi, dalla vita in su	
5. Vestirsi, dalla vita in giù	
6. Igiene perineale (toilette)	
7. Controllo vescica	
8. Controllo alvo	
TOTALE F.I.M./WeeFIM	

Mobilità e locomozione	
9. Spostamenti letto - sedia - carrozzina	
10. Spostamenti nella toilette	
11. Spostamenti vasca o doccia	
12. gattoni, cammino, carrozzina	gatto
	Cm
	Cr
13. Scale	
TOTALE F.I.M. / WeeFIM	

Attenzione: non lasciare caselle bianche. Assegnare il punteggio 1 alle attività non valutabili per motivi di sicurezza del paziente.

NOTA BENE:

- I punteggi TOTALI di F.I.M./WeeFIM per "Situazione funzionale" e "Mobilità e locomozione", alimentano il "Profilo dell'autonomia" (TAB. A) punto 3. e punto 2..
- Per l'item 12 occorre utilizzare solo una delle tre situazioni: "gattoni" (va usato per i bambini: scala WeeFIM), o "Cm" = cammino o "Cr" = carrozzina.



CODIFICA ICF CHILDREN

	ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE PER SOGGETTI IN ETÀ EVOLUTIVA	Qualificatore di performance	Qualificatore di capacità
d1313	Apprendere attraverso il gioco simbolico		
d1314	Apprendere attraverso il gioco di finzione		
d133	Acquisire il linguaggio		
d1330	Acquisire singole parole o simboli significativi		
d1331	Combinare le parole in frasi		
d1332	Acquisire la sintassi		
d134	Acquisire un linguaggio aggiuntivo		
d135	Ripetere		
d1370	Acquisire concetti di base		
d1371	Acquisire concetti complessi		
d1400	Acquisire le abilità di riconoscimento di simboli, quali figure, icone, caratteri, lettere dell'alfabeto e parole		
d1401	Acquisire le abilità di pronuncia di parole scritte		
d1402	Acquisire le abilità di comprensione di parole e frasi scritte		
d1450	Apprendere le abilità di uso di strumenti di scrittura		
d1451	Apprendere le abilità di scrittura di simboli, di caratteri e dell'alfabeto		
d1452	Apprendere le abilità di scrittura di parole e frasi		
d1500	Acquisire le abilità di riconoscimento di numeri, simboli e segni aritmetici		
d1501	Acquisire abilità di alfabetismo numerico come contare e ordinare		
d1502	Acquisire abilità nell'uso delle operazioni elementari		
d1550	Acquisizione di abilità basilari		
d1551	Acquisizione di abilità complesse		
d160	Focalizzare l'attenzione		
d1600	Focalizzare l'attenzione sul tocco, il volto e la voce di una persona		
d1601	Focalizzare l'attenzione sui cambiamenti nell'ambiente		
d161	Dirigere l'attenzione		
d166	Leggere		
d1660	Utilizzare le abilità e le strategie generali del processo di lettura		
d1661	Comprendere il linguaggio scritto		
d170	Scrivere		
d1700	Utilizzare le abilità e le strategie generali del processo di scrittura		
d1701	Utilizzare convenzioni grammaticali nei componimenti scritti		
d1702	Utilizzare le abilità e le strategie generali per creare componimenti		
d172	Calcolare		
d1720	Utilizzare le abilità e le strategie semplici del processo di calcolo		
d1721	Utilizzare le abilità e le strategie complesse del processo di calcolo		
d3101	Comprendere messaggi verbali semplici		
d3102	Comprendere messaggi verbali complessi		
d3150	Comunicare con - ricevere - gesti del corpo		
d3151	Comunicare con - ricevere - segni e simboli comuni		
d3152	Comunicare con - ricevere - disegni e fotografie		
d320	Comunicare con - ricevere - messaggi nel linguaggio dei segni		
d325	Comunicare con - ricevere - messaggi scritti		
d331	Vocalizzazione prelinguistica		
d340	Produrre messaggi nel linguaggio dei segni		
d3601	Usare macchine per scrivere		
d7104	Segnali sociali nelle relazioni		
d71040	Iniziare delle interazioni sociali		
d71041	Mantenere delle relazioni sociali		
d7202	Regolare i comportamenti nelle interazioni		
d7203	Interagire secondo le regole sociali		



d815	Istruzione prescolastica		
d820	Istruzione scolastica		
d880	Coinvolgimento nel gioco		
d8800	Gioco solitario		
d8803	Gioco cooperativo condiviso		
D9201	Sport		
NOTE:			

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:			
<input type="checkbox"/> documenti scritti	<input type="checkbox"/> informazioni fornite da altri	<input type="checkbox"/> soggetto interessato	<input type="checkbox"/> osservazione diretta

data	Firma:
------	--------



REGIONE
ABRUZZO



Regione Abruzzo

S.Va.M.Di.

**SCHEMA PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
DELLE PERSONE CON DISABILITÀ**

SEZIONE 4

VERBALE UNITA' DI VALUTAZIONE

Cognome **Nome**



REGIONE
ABRUZZO



Regione Abruzzo

S.Va.M.Di.

**SCHEDA PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
DELLE PERSONE CON DISABILITÀ**

SEZIONE 5

PROGETTO PERSONALIZZATO

Cognome **Nome**



REGIONE ABRUZZO

S.Va.M.Di.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con Disabilità (SEZIONE 5)

PROGETTO PERSONALIZZATO

VALUTAZIONE SOCIALE

Data di nascita						
	giorno	me	se	anno		

Luogo di nascita			
Residenza:			
Comune:		(Prov.)	
Domicilio (se diverso da residenza)			
Comune		(Prov.)	
Rec. telefonico			
Medico Curante		Tel.	
Assistente sociale Comune		Tel.	
Persona di riferimento		Tel.	
	Cell.		Grado parentela

L'assistito/a e' gia' seguito/a dal Servizio che ha gia' effettuato la presa in carico dal

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE SOCIO/FAMILIARE/AMBIENTALE

VALUTAZIONE SANITARIA

DIAGNOSI

DIAGNOSI CON CODIFICA ICD-10

	1 ^a	ICD-10:	
	2 ^a	ICD-10:	
	3 ^a	ICD-10:	
	4 ^a	ICD-10:	
	5 ^a	ICD-10:	
	6 ^a	ICD-10:	



DESCRIZIONE SINTETICA DELLO STATO DI SALUTE

NECESSITA' DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA		
Assenza di necessità	Punteggio = 0	A
Necessità	Punteggio = 5 - 40	N
Elevata necessità	Punteggio = > 45	E

VALUTAZIONE DEL POTENZIALE RESIDUO PER LA NECESSITA' DI RIABILITAZIONE	
Assenza potenziale residuo	R
Potenziale residuo ancora presente: soggetti con possibilità che possa verificarsi ancora una variazione quantificabile di un qualsiasi parametro di una qualsiasi scala di valutazione (WeeFIM, FIM, FAM, GMFM, MOVE, Vineland, PEP-3, ...: vedi "note" nella sezione "Istruzioni")	L
Discreto potenziale residuo (vedi "note" nella sezione "Istruzioni")	M
Elevato potenziale residuo (vedi "note" nella sezione "Istruzioni")	E

VALUTAZIONE COGNITIVA

LIVELLO COGNITIVO	
1	non ritardo o RM lieve
2	RM medio
3	RM grave/profondo
DISTURBI COMPORTAMENTALI	
4	<i>Per quanto riguarda la sezione relativa alla Situazione Cognitiva, si deve giudicare se eventuali disturbi comportamentali (quali tentativi di fuga, aggressività fisica, sintomi psicotici...) siano di entità tale da richiedere un progetto assistenziale specifico con l'adozione di provvedimenti particolari. In tal caso, si giudicano prevalenti i disturbi comportamentali e si assegna il punteggio "4" anziché uno dei precedenti. Soggetti con disturbi pervasivi dello sviluppo rientrano in questo caso. E' consigliabile utilizzare la scala di valutazione della sicurezza attribuendo il valore 4 quando occorra un livello di supervisione indiretta a tempo pieno. Con un livello di supervisione diretta a tempo pieno occorre valutare l'ipotesi, in U.V.M., di utilizzare una classe di consumo isorisorse superiore</i>

DESCRIZIONE SINTETICA DELLA SITUAZIONE COGNITIVO/COMPORAMENTALE



INDIVIDUAZIONE DEL PROFILO PER LA DETERMINAZIONE DELL'IMPEGNO ASSISTENZIALE								
LIVELLI PER OGNI DIMENSIONE								
Cognitivo	Mobilità	Funzionale	PROFILO	CARICO	Range	classi	F.I.M.	
1	2	1	1	LIEVE	Valori da 4 a 5	Classe 1	F.I.M. 6 - 7	Persone con disabilità intellettiva medio/ lieve e buona funzionalità. Autosufficienza con carico assistenziale minimo
1	1	2	2					
1	2	2	3					
1	3	1	4					
1	1	3	5					
2	2	1	6					
2	1	1	7					
2	1	2	8					
1	1	4	9	MEDIO	Valori da 6 a 7	Classe 2	F.I.M. 4 - 5	Autosufficienza parziale con carico assistenziale di media entità
1	2	3	10					
1	3	2	11					
1	3	3	12					
1	3	4	13					
1	4	1	14					
1	4	2	15					
1	4	3	16					
2	2	1	17					
2	1	2	18					
2	2	2	19					
2	3	2	20					
2	2	3	21					
2	1	4	22					
2	4	1	23					
3	1	2	24					
3	2	1	25					
3	2	2	26					
3	1	3	27					
3	3	1	28					
4	1	1	29	MEDIO/ELEVATO	Valori da 8 a 9	Classe 3	F.I.M. 3	Autosufficienza parziale con carico assistenziale importante
2	3	3	30					
2	2	4	31					
2	4	2	32					
2	3	4	33					
2	4	3	34					
3	3	2	35					
3	2	3	36					
3	1	4	37					
3	4	1	38					
3	4	2	39					
3	2	4	40					
3	3	3	41	ELEVATO	a 12 da 10 valori	Classe 4	1 - 2 F.I.M.	Non autosufficienza totale
4	1-2	2(1-2)*	42					
3	4	3	43					
3	3	4	44					
3	4	4	45					
4	3-4	3-4	46					

*Se nella colonna "mobilità" il valore è 1, nella colonna "funzionale" il valore deve essere 2.

PROFILO	Impegno assistenziale
Da 1 a 8	<input type="checkbox"/> LIEVE (L)
Dal 9 al 29	<input type="checkbox"/> MEDIO (M)
Da 30 a 42	<input type="checkbox"/> MEDIO/ELEVATO (M/L)
Da 43 a 46	<input type="checkbox"/> ELEVATO (E)



DURATA DEL PROGETTO: _____
Data di compilazione: ____/____/____

COMPONENTI L' U.M.V. DSB	Firma
Direttore del Distretto o suo delegato:	
COORDINATORE UVM	
Neuropsichiatra Infantile	
Fisiatra	
Geriatra	
Assistente sociale d'Ambito	
Assistente Sociale Distrettuale	
Coordinatore Professioni Sanitarie del Distretto	
Medico di medicina Generale	
Data valutazione:	

IL RESPONSABILE DEL PROGETTO PERSONALIZZATO

