



REGIONE DEL VENETO - AZIENDA ULSS N. 2

UNITÀ VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE DISTRETTUALE

# S. Va. M. Di.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Disabili

STRUMENTO PER L'ACCESSO AI SERVIZI DI RETE RESIDENZIALI, SEMIRESIDENZIALI E DOMICILIARI INTEGRATI  
VERSIONE AGGIORNATA, APPROVATA CON DGR 2960 DEL 28 DICEMBRE 2012

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

data di nascita |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

data domanda |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| Attivazione  Verifica

Codice fiscale |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Tessera sanitaria |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| Esenzione ticket |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Residenza: via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. |\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Distretto Socio-Sanitario |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Domicilio (se diverso dalla residenza): via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ ULSS n. \_\_\_\_\_

Medico curante: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Assistente sociale: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Persona di riferimento: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

## S.Va.M.Di. VALUTAZIONE SANITARIA

### DIAGNOSI DELLE ATTUALI PRINCIPALI CONDIZIONI DI SALUTE

Indicare la codifica nosologica in codice ICD X (Indicare con una X il tipo di diagnosi)	ICD X	Diagnosi principale	Diagnosi comorbidità
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
Fonte diagnosi:			

### INFORMAZIONI SINTETICHE SULLO STATO DI SALUTE

Altezza: cm    Peso: kg    Sta assumendo qualche farmaco?  NO  SI

Se si, specificare i farmaci principali che sta assumendo (barrare con una X il riquadro corrispondente):

1 - nome del principio attivo:	via di somministrazione		frequenza		preparazione		assistenza all'assunzione	
	orale	<input type="checkbox"/>	1 o più volte al giorno	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>
parenterale	<input type="checkbox"/>	a giorni alterni	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	
rettale	<input type="checkbox"/>	1 o 2 giorni alla settimana	<input type="checkbox"/>					
topica	<input type="checkbox"/>	meno di una volta alla settimana	<input type="checkbox"/>					

2 - nome del principio attivo:	via di somministrazione		frequenza		preparazione		assistenza all'assunzione	
	orale	<input type="checkbox"/>	1 o più volte al giorno	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>
parenterale	<input type="checkbox"/>	a giorni alterni	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	
rettale	<input type="checkbox"/>	1 o 2 giorni alla settimana	<input type="checkbox"/>					
topica	<input type="checkbox"/>	meno di una volta alla settimana	<input type="checkbox"/>					

3 - nome del principio attivo:	via di somministrazione		frequenza		preparazione		assistenza all'assunzione	
	orale	<input type="checkbox"/>	1 o più volte al giorno	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>
parenterale	<input type="checkbox"/>	a giorni alterni	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	
rettale	<input type="checkbox"/>	1 o 2 giorni alla settimana	<input type="checkbox"/>					
topica	<input type="checkbox"/>	meno di una volta alla settimana	<input type="checkbox"/>					

4 - nome del principio attivo:	via di somministrazione	frequenza	preparazione	assistenza all'assunzione
	orale	1 o più volte al giorno	si	si
	parenterale	a giorni alterni	no	no
	rettale	1 o 2 giorni alla settimana		
	topica	meno di una volta alla settimana		

5 - nome del principio attivo:	via di somministrazione	frequenza	preparazione	assistenza all'assunzione
	orale	1 o più volte al giorno	si	si
	parenterale	a giorni alterni	no	no
	rettale	1 o 2 giorni alla settimana		
	topica	meno di una volta alla settimana		

Utilizza qualche ausilio come occhiali, apparecchio acustico, sedia a rotelle, ecc.? NO SI

Se sì, specificare il tipo di ausilio fornito:

.....

.....

.....

Sta ricevendo qualche tipo di trattamento per la sua salute? NO SI

Se sì specificare quale:

ASSISTENZA INFERMIERISTICA		
	No	Si
1. Diabete insulinodipendente	0	5
2. Scopenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico ( $\geq 75$ mg. Furosemide pro die), alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca)	0	10
3. Cirrosi scompensata e altre forme di ascite con necessità come sopra elencate	0	10
4. Tracheostomia	0	5
5. Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al dì)	0	5
6. Sondino naso-gastrico, gastrostomia (PEG)	0	10
7. Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale o terapia infusionale quotidiana	0	10
8. Catetere vescicale	0	5
9. Ano artificiale e/o ureterostomia	0	5
10. Nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine o terapia antalgica con oppioidi o con elastomero che richiede adeguamento della posologia	0	10
11. Ulcere distrofiche agli arti e/o altre lesione della cute chirurgiche, traumatiche, oncologiche	0	5
12. Respiratore/Ventilazione assistita	<input type="checkbox"/>	
13. Dialisi o dialisi peritoneale	<input type="checkbox"/>	
14. Presenza di dolore (neoplastico o non neoplastico)	<input type="checkbox"/>	
15. Dipendenza da apparecchiature elettromedicali	<input type="checkbox"/>	
16. Paziente neoplastico allettato	<input type="checkbox"/>	
<b>TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA</b>		

## S.Va.M.Di. VALUTAZIONE FUNZIONALE

### PARTE 1A - MENOMAZIONI DELLE FUNZIONI CORPOREE

Le **funzioni corporee** sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei (incluse le funzioni psicologiche)  
Le **menomazioni** sono problemi nella funzione del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significative.

#### QUALIFICATORE: ESTENSIONE DELLE MENOMAZIONI

- 0 Nessuna menomazione** (assente, trascurabile, 0-4%).
- 1 Menomazione lieve** (leggera, piccola, 5-24%).
- 2 Menomazione media** (moderata, discreta, 25-49%).
- 3 Menomazione grave** (notevole, estrema, 50-95%).
- 4 Menomazione completa** (totale, 96-100%).
- 8 Non specificato** significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione.
- 9 Non applicabile** significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di post-menopausa).

Breve lista delle funzioni corporee	Qualificatore valori da 0 a 9
<b>B1. FUNZIONI MENTALI</b>	
<b>b110</b> Coscienza	
<b>b114</b> Orientamento (tempo, spazio, persona)	
<b>b117</b> Intelletto (compresi ritardo, demenza)	
<b>b122</b> Funzioni psicosociali globali	
<b>b126</b> Funzioni del temperamento e della personalità	
<b>b126.3</b> Stabilità psichica	
<b>b130</b> Funzioni dell'energia e delle pulsioni	
<b>b130.4</b> Controllo impulsi	
<b>b134</b> Sonno	
<b>b140</b> Attenzione	
<b>b144</b> Memoria	
<b>b147</b> Funzioni psicomotorie	
<b>b152</b> Funzioni emozionali	
<b>b152.1</b> Regolazione dell'emozione	
<b>b156</b> Funzioni percettive	
<b>b160</b> Funzioni del pensiero	
<b>b164</b> Funzioni cognitive di livello superiore	
<b>b167</b> Linguaggio	
<b>b176</b> Funzione mentale di sequenza dei movimenti complessi	
<b>b180</b> Funzioni dell'esperienza del sé e del tempo	
<b>B2. FUNZIONI SENSORIALI E DOLORE</b>	
<b>b210</b> Vista	
<b>b230</b> Udito	
<b>b235</b> Funzioni vestibolari (compreso l'equilibrio)	
<b>b280</b> Dolore	
<b>B3. FUNZIONI DELLA VOCE E DELL'ELOQUIO</b>	
<b>b310</b> Voce	
<b>b330</b> Funzioni della fluidità e del ritmo dell'eloquio	
<b>B4. FUNZIONI DEI SISTEMI CARDIOVASCOLARE, EMATOLOGICO, IMMUNOLOGICO E DELL'APPARATO RESPIRATORIO</b>	
<b>b410</b> Cuore	
<b>b420</b> Pressione sanguigna	
<b>b430</b> Sistema ematologico (sangue)	
<b>b435</b> Sistema immunologico (allergie, ipersensibilità)	
<b>b440</b> Respirazione (respiro)	
<b>B5. FUNZIONI DELL'APPARATO DIGERENTE E DEI SISTEMI METABOLICO ED ENDOCRINO</b>	

<b>b515</b>	Digestione	
<b>b525</b>	Defecazione	
<b>b530</b>	Mantenimento del peso	
<b>b545</b>	Equilibrio idrico ed elettrolitico	
<b>b550</b>	Termoregolazione	
<b>b555</b>	Ghiandole endocrine (alterazioni ormonali)	
<b>B6. FUNZIONI GENITOURINARIE E RIPRODUTTIVE</b>		
<b>b620</b>	Funzioni urinarie	
<b>b640</b>	Funzioni sessuali	
<b>b650</b>	Funzioni mestruali	
<b>B7. FUNZIONI NEURO-MUSCOLO-SCHELETRICHE E CORRELATE AL MOVIMENTO</b>		
<b>b710</b>	Mobilità dell'articolazione	
<b>b730</b>	Forza muscolare	
<b>b735</b>	Tono muscolare	
<b>b760</b>	Funzione di controllo del movimento volontario	
<b>b765</b>	Movimento involontario	
<b>B8. FUNZIONI DELLA CUTE E DELLE STRUTTURE CORRELATE</b>		
<b>b 810</b>	Funzione protettiva della cute (rischio piaghe)	
<b>OGNI ALTRA FUNZIONE CORPOREA</b>		

### PARTE 1B - MENOMAZIONI DELLE STRUTTURE CORPOREE

Le **strutture corporee** sono le parti anatomiche del corpo come gli organi, gli arti e le loro componenti.  
Le **menomazioni** sono problemi nella struttura del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significative.

#### QUALIFICATORE: ESTENSIONE DELLE MENOMAZIONI

- 0 Nessuna menomazione** (assente, trascurabile, 0-4%).
- 1 Menomazione lieve** (leggera, piccola, 5-24%).
- 2 Menomazione media** (moderata, discreta, 25-49%).
- 3 Menomazione grave** (notevole, estrema, 50-95%).
- 4 Menomazione completa** (totale, 96-100%).
- 8 Non specificato** significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione.
- 9 Non applicabile** significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di post-menopausa).

Breve lista delle strutturecorporee	Qualificatore valori da 0 a 9
<b>S1.</b> Strutture del sistema nervoso	
<b>S2.</b> Occhio, orecchio e strutture correlate	
<b>S3.</b> Strutture coinvolte nella voce e nell'eloquio	
<b>S4.</b> Strutture dei sistemi cardiovascolare, immunologico e dell'apparato respiratorio	
<b>S5.</b> Strutture correlate all'apparato digerente e ai sistemi metabolico ed endocrino	
<b>S6.</b> Strutture correlate al sistema genitourinario e riproduttivo	
<b>S7.</b> Strutture correlate al movimento	
<b>S8.</b> Cute e strutture correlate	
Ogni altra struttura corporea	

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

- 1.  documenti scritti
- 2.  soggetto interessato
- 3.  informazioni fornite da altri
- 4.  osservazione diretta

Nome e cognome del compilatore \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

Data |\_\_|\_| |\_\_|\_| |\_\_|\_| |\_\_|\_|

Firma \_\_\_\_\_

## PARTE 2 - 3: LIMITAZIONI DELL'ATTIVITÀ / 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.

### QUALIFICATORI DI ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE

QUALIFICATORI DI ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE	
<b>Primo qualificatore:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• performance</li> <li>• grado di restrizione della partecipazione</li> </ul>	<b>Secondo qualificatore:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• capacità (senza influenza dell'ambiente o assistenza)</li> <li>• grado di limitazione dell'attività</li> </ul>
<p><b>0 Nessuna difficoltà</b> significa che la persona non presenta il problema.</p> <p><b>0 Nessun problema</b> (assente, trascurabile,..., 0-4%).</p> <p><b>1 Problema lieve</b> (leggera, piccola, ... 5-24%).</p> <p><b>2 Problema medio</b> (moderato, discreto, ...25-49%)</p> <p><b>3 Problema grave</b> (notevole, estremo, ...,50-95%).</p> <p><b>4 Problema completo</b> (totale, 96-100%)</p> <p><b>8 Non specificato</b> significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della difficoltà.</p> <p><b>9 Non applicabile</b> significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di post-menopausa).</p>	

### QUALIFICATORI DI FATTORI AMBIENTALI

QUALIFICATORI DI FATTORI AMBIENTALI	
<b>Qualificatore nell'ambiente:</b> barriere o facilitatori	
<b>0</b> Nessuna barriera <b>1</b> Barriera lieve <b>2</b> Barriera media <b>3</b> Barriera grave <b>4</b> Barriera completa <b>8</b> Barriera, non specificato <b>9</b> Non applicabile	<b>0</b> Nessun facilitatore <b>1</b> Facilitatore lieve <b>2</b> Facilitatore medio <b>3</b> Facilitatore sostanziale <b>4</b> Facilitatore completo <b>8</b> Facilitatore non specificato <b>9</b> Non applicabile
<b>NB: E' possibile inserire fino a 5 codici di Fattori Ambientali per ciascun codice di A&amp;P. Ove fosse necessario inserire Fattori ambientali diversi contenuti nello stesso codice, specificare nello spazio note.</b>	

Breve lista di dimensioni		Fattori Ambientali CODICI E QUALIFICATORI					
Attività e partecipazione	performance	capacità	e310	e315	e340	e575	
<b>D1. APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLA CONOSCENZA</b>							
d110 Guardare							
d115 Ascoltare							
d130 Copiare							
d159 Apprendimento di base							
d166 Leggere							
d169 Scrivere							
d172 Calcolare							
d179 Applicazione delle conoscenze di base							
d175 Risoluzione di problemi							
<b>D2. COMPITI E RICHIESTE GENERALI</b>							
d210 Intraprendere un compito singolo							
d220 Intraprendere compiti articolati							
d230 Eseguire la routine quotidiana							
d240 Gestire la tensione e altre richieste di tipo psicologico							
<b>D3. COMUNICAZIONE</b>							
d310 Comunicare con - ricevere - messaggi verbali							
d315 Comunicare con - ricevere - messaggi non-verbali							
d330 Parlare							
d335 Produrre messaggi non-verbali							
d350 Conversazione							
d360 Utilizzo di apparecchiature e ausili per la comunicazione							
<b>D4. MOBILITÀ</b>							
d410 Cambiare posizione di base							
d430 Sollevare e trasportare oggetti							
d440 Uso fine della mano ( <i>raccogliere, afferrare</i> )							

Breve lista di dimensioni		Fattori Ambientali CODICI E QUALIFICATORI					
Attività e partecipazione	performance	capacità	e310	e315	e340	e575	
d450 Camminare							
d455 Spostarsi							
d465 Spostarsi usando apparecchiature/ausili ( <i>sedia a rotelle, pattini, ecc.</i> )							
d475 Guidare ( <i>andare in bici o motocicletta, guidare l'auto, ecc.</i> )							
<b>D5. CURA DELLA PROPRIA PERSONA</b>							
d510 Lavarsi ( <i>fare il bagno, asciugarsi, lavarsi le mani, 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							
d571 Badare alla propria sicurezza							
<b>D6. VITA DOMESTICA</b>							
d620 Procurarsi beni e servizi ( <i>fare la spesa, ecc.</i> )							
d630 Preparare i pasti ( <i>cucinare, etc.</i> )							
d640 Fare i lavori di casa ( <i>pulire la casa, lavare i piatti, fare il bucato, stirare</i> )							
d660 Assistere gli altri							
<b>D7. INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI</b>							
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							
<b>D8. AREE DI VITA PRINCIPALI</b>							



## Breve lista di fattori Ambientali

<b>E1. PRODOTTI E TECNOLOGIA</b>	
<b>e110</b>	Prodotti o sostanze per il consumo personale ( <i>cibo, farmaci</i> )
<b>e115</b>	Prodotti e tecnologia per l'uso personale nella vita quotidiana
<b>e120</b>	Prodotti per la mobilità e il trasporto personale in ambienti interni e esterni
<b>e125</b>	Prodotti e tecnologia per la comunicazione
<b>e150</b>	Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per il pubblico utilizzo
<b>e155</b>	Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per utilizzo privato
<b>E2. AMBIENTE NATURALE E CAMBIAMENTI EFFETTUATI DALL'UOMO</b>	
<b>e225</b>	Clima
<b>e240</b>	Luce
<b>e250</b>	Suono
<b>E3. RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE</b>	
<b>e310</b>	Famiglia ristretta
<b>e315</b>	Famiglia allargata
<b>e320</b>	Amici
<b>e325</b>	Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità
<b>e330</b>	Persone in posizione di autorità
<b>e340</b>	Persone che forniscono aiuto o assistenza
<b>e355</b>	Operatori sanitari
<b>e360</b>	Altri operatori

<b>E4. ATTEGGIAMENTI</b>	
<b>e410</b>	Atteggiamenti individuali dei componenti della famiglia ristretta
<b>e420</b>	Atteggiamenti individuali degli amici
<b>e425</b>	Atteggiamenti di conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità
<b>e430</b>	Atteggiamenti delle persone in posizione di autorità
<b>e440</b>	Atteggiamenti individuali di persone che forniscono aiuto o assistenza
<b>e450</b>	Atteggiamenti individuali di operatori sanitari
<b>e455</b>	Atteggiamenti individuali di altri operatori
<b>e460</b>	Atteggiamenti della società
<b>e465</b>	Norme sociali, costumi e ideologie
<b>E5. SERVIZI, SISTEMI E POLITICHE</b>	
<b>e525</b>	Servizi, sistemi e politiche abitative
<b>e535</b>	Servizi, sistemi e politiche di comunicazione
<b>e540</b>	Servizi, sistemi e politiche di trasporto
<b>e540</b>	Servizi, sistemi e politiche di trasporto
<b>e550</b>	Servizi, sistemi e politiche legali
<b>e570</b>	Servizi, sistemi e politiche previdenziali/assistenziali
<b>e575</b>	Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale generale
<b>e580</b>	Servizi, sistemi e politiche sanitarie
<b>e585</b>	Servizi, sistemi e politiche dell'istruzione e della formazione
<b>e590</b>	Servizi, sistemi e politiche del lavoro



## S.Va.M.Di. VALUTAZIONE SOCIALE

COGNOME E NOME: \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Stato civile:</b> <input type="checkbox"/> 1 celibe/nubile <input type="checkbox"/> 2 coniugato/a <input type="checkbox"/> 3 separato/a <input type="checkbox"/> 4 divorziato/a <input type="checkbox"/> 5 vedovo/a <input type="checkbox"/> 9 non dichiarato  <b>Paziente ex OP:</b> <input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 si	<b>Anni di scolarità n.</b> ____  <b>Scuola frequentata:</b> <input type="checkbox"/> 1 materna <input type="checkbox"/> 2 elementare <input type="checkbox"/> 3 media inferiore <input type="checkbox"/> 4 media superiore <input type="checkbox"/> 5 diploma universitario <input type="checkbox"/> 6 laurea <input type="checkbox"/> 7 scuola professionale <input type="checkbox"/> 8 sconosciuta	<b>Istruzione:</b> <input type="checkbox"/> 1 nessuna <input type="checkbox"/> 2 licenza elementare <input type="checkbox"/> 3 licenza media inferiore <input type="checkbox"/> 4 diploma media superiore <input type="checkbox"/> 5 diploma universitario <input type="checkbox"/> 6 laurea <input type="checkbox"/> 7 scuola professionale <input type="checkbox"/> 8 sconosciuta
--	---	---

<b>Esperienza lavorativa</b> <input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 si (specificare) _____ _____	<b>Situazione lavorativa attuale</b> <input type="checkbox"/> 1 lavoro dipendente <input type="checkbox"/> 2 lavoro autonomo <input type="checkbox"/> 3 lavoro non retribuito (es. <i>volontariato</i> ) <input type="checkbox"/> 4 studente <input type="checkbox"/> 5 casalingo/a <input type="checkbox"/> 6 pensionato/a <input type="checkbox"/> 7 disoccupato/a (per motivi di salute) <input type="checkbox"/> 8 disoccupato/a (per altri motivi) <input type="checkbox"/> 9 altro (specificare) _____
--	--

### CERTIFICAZIONI

Invalidità civile	1 <input type="checkbox"/> si	2 <input type="checkbox"/> no	Grado riconosciuto:
Diagnosi di invalidità			
Necessita di accompagnatore per deambulare			1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no
Necessità di assistenza continua			1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no
Minore in difficoltà	1 <input type="checkbox"/> si	2 <input type="checkbox"/> no	Cieco assoluto
Minore ipoacusico	1 <input type="checkbox"/> si	2 <input type="checkbox"/> no	Sordomuto
Invalidità INAIL			1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no
Persona con disabilità (L. 104/92 art. 3 comma 1)			1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no
Persona con disabilità (L. 104/92 art. 3 comma. 3)			1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no
Condizione di disabilità per inserimento lavorativo (L. 68/99)			1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no
Certificazione L. 104/92 ai fini dell'inserimento scolastico			1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no
Persona inabilitata	1 <input type="checkbox"/> si	2 <input type="checkbox"/> no	Con amministratore di sostegno
			1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no
			Persona interdetta
			1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no

Situazione familiare (fattori ambientali: e310 Famiglia ristretta – e315 Famiglia allargata)										
	cognome e nome	parentela <sup>1</sup>	età	professione	indirizzo e telefono	lontananza <sup>2</sup>	intensità attivazione attuale	si occupa di <sup>3</sup>		
								ADL	iADL	super-visione
1										
2										
3										
4										
5										
6										

Altre persone attive (compreso personale privato) (e340 Persone che forniscono aiuto/assistenza)										
1										
2										
3										

Servizi attivati (e575 Politiche e servizi per il sostegno sociale generale)	
1	3
2	4

<sup>1</sup> Valori da inserire: C = coniuge, FI = figlio/a, FR = fratello/sorella, G = genitore, NO = nonno/a, ND = nipote diretto, NI = nipote indiretto, NU = genero/nuora, AL = altro familiare, VI = amici/vicini, C = convivente.

<sup>2</sup> Valori da inserire: V = immediate vicinanze, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora.

<sup>3</sup> Indicare con una crocetta se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna).

**DOMANDA DI INTERVENTO:****Tipologia della domanda (una sola risposta)**

- 1 generica  
 2 interventi domiciliari  
 3 inserimento diurno  
 4 ospitalità temporanea riabilitativa  
 5 altra ospitalità temporanea  
 6 accoglienza in residenza  
 7 assistenza scolastica  
 8 integrazione lavorativa  
 9 altro

**La persona è informata della domanda?**

- 1 sì  
 2 no

**Contesto Familiare**

- 1 singolo  
 2 famiglia  
 3 struttura residenziale  
 4 altro

**Iniziativa della domanda (una sola risposta)**

- 1 propria  
 2 familiare o affine  
 3 soggetto civilmente obbligato  
 4 assistente sociale pertinente  
 5 medico MMG  
 6 medico ospedaliero  
 7 tutore  
 8 amministratore di sostegno  
 9 centrale operativa territoriale  
 10 altro (specificare \_\_\_\_\_)

**Medico curante:****Tel.****PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov |\_\_|\_\_|

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

**SITUAZIONE ABITATIVA****TITOLO DI GODIMENTO (una sola risposta)**

- 1 proprietà  
 2 usufrutto  
 3 titolo gratuito  
 4 non proprio, non in affitto  
 (presso \_\_\_\_\_)

in affitto da:

- 5a privato  
 5b pubblico

E' in atto lo sfratto esecutivo? sìno**DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO (una sola risposta)***rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)*

- 1 servita  
 2 poco servita  
 3 isolata

**BARRIERE ARCHITETTONICHE (una sola risposta)**

- 1 assenti  
 2 solo esterne  
 3 interne

piano: |\_\_|  
ascensore sìno**GIUDIZIO SINTETICO**

- 1 abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n° di persone, ben servito)  
 2 abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano l'anziano nel corretto utilizzo delle risorse residue o dei servizi)  
 3 abitazione non idonea (alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano, e/o sfratti esecutivi, e/o isolato)

<b>SITUAZIONE ECONOMICA: REDDITO MENSILE</b>	
Assegno – pensione invalidità civile	€  _ .  _ _ _ ,00 €
Indennità di accompagnamento	€  _ .  _ _ _ ,00 €
Assegno / pensione invalidità INPS	€  _ .  _ _ _ ,00 €
Categoria: _____ n. pensione: _____	
Altre pensioni	€  _ .  _ _ _ ,00 €
Reddito da lavoro	€  _ .  _ _ _ ,00 €
Altri redditi	€  _ .  _ _ _ ,00 €
Indennità di frequenza	€  _ .  _ _ _ ,00 €
Nessuna risorsa	<input type="checkbox"/>
SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO:	€  _ .  _ _ _ ,00 €
ISEE (Familiare) VALORE ANNUO	€  _ _ _ .  _ _ _ ,00 €
ISEE (individuale) VALORE ANNUO	€  _ _ _ .  _ _ _ ,00 €
Integrazione economica del Comune per l'assistenza:	<input type="checkbox"/> certamente no <input type="checkbox"/> possibile <input type="checkbox"/> certamente sì
<b>NOTE:</b>	

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

1.  documenti scritti

2.  soggetto interessato

3.  informazioni fornite da altri

4.  osservazione diretta

Nome e cognome del compilatore \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

Data |\_|\_| |\_|\_| || |\_|\_|\_|\_|

Firma \_\_\_\_\_



