



ALLEGATO A Dgr n. _____

del _____

pag. 1/17

REGIONE DEL VENETO - AZIENDA ULSS N. _____

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 ____ DEL ____

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. _____

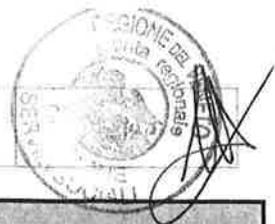
Medico curante: _____ Tel. _____

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 sì, 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. Scompenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico (≥ 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 di)	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"/>
TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA		



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



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

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 strutture corporee	Qualificatore valori da 0 a 9
S1. Strutture del sistema nervoso	
S2. Occhio, orecchio e strutture correlate	
S3. Strutture coinvolte nella voce e nell'eloquio	
S4. Strutture dei sistemi cardiovascolare, immunologico e dell'apparato respiratorio	
S5. Strutture correlate all'apparato digerente e ai sistemi metabolico ed endocrino	
S6. Strutture correlate al sistema genitourinario e riproduttivo	
S7. Strutture correlate al movimento	
S8. 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.

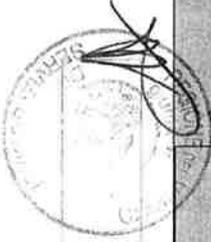
QUALIFICATORI DI ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE

Primo qualificatore:	Secondo qualificatore:
<ul style="list-style-type: none"> performance grado di restrizione della partecipazione 	<ul style="list-style-type: none"> capacità (senza influenza dell'ambiente o assistenza) grado di limitazione dell'attività
<p>0 Nessuna difficoltà significa che la persona non presenta il problema.</p> <p>0 Nessun problema (assente, trascurabile, ..., 0-4%).</p> <p>1 Problema lieve (leggera, piccola, ... 5-24%).</p> <p>2 Problema medio (moderato, discreto, ... 25-49%).</p> <p>3 Problema grave (notevole, estremo, ... 50-95%).</p> <p>4 Problema completo (totale, 96-100%)</p> <p>8 Non specificato significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della difficoltà.</p> <p>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).</p>	

QUALIFICATORI DI FATTORI AMBIENTALI

Qualificatore nell'ambiente: barriere o facilitatori	
<p>0 Nessuna barriera</p> <p>1 Barriera lieve</p> <p>2 Barriera media</p> <p>3 Barriera grave</p> <p>4 Barriera completa</p> <p>8 Barriera, non specificato</p> <p>9 Non applicabile</p>	<p>0 Nessun facilitatore</p> <p>1 Facilitatore lieve</p> <p>2 Facilitatore medio</p> <p>3 Facilitatore sostanziale</p> <p>4 Facilitatore completo</p> <p>8 Facilitatore non specificato</p> <p>9 Non applicabile</p>

NB: E' possibile inserire fino a 5 codici di Fattori Ambientali per ciascun codice di A&P. Ove fosse necessario inserire Fattori ambientali diversi contenuti nello stesso codice, specificare nello spazio note.



Breve lista di dimensioni		Fattori Ambientali CODICI E QUALIFICATORI				
Attività epartecipazione	performance	capacità	e310	e315	e340	e575
D1. APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLA CONOSCENZA						
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						
D2. COMPITI E RICHIESTE GENERALI						
d210 Intraprendere un compito singolo						
d220 Intraprendere compiti articolati						
d230 Eseguire la routine quotidiana						
d240 Gestire la tensione e altre richieste di tipo psicologico						
D3. COMUNICAZIONE						
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						
D4. MOBILITÀ						
d410 Cambiare posizione di base						
d430 Sollevare e trasportare oggetti						
d440 Uso fine della mano (raccogliere, afferrare)						



Breve lista di dimensioni

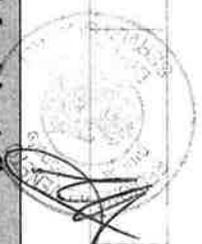
Fattori Ambientali
 CODICI E QUALIFICATORI

Attività e partecipazione	performance	capacità	e310	e315	e340	e575				
d450 Camminare										
d455 Spostarsi										
d465 Spostarsi usando apparecchiature/ausili (sedia a rotelle, pattini, ecc.)										
d475 Guidare (andare in bici o motocicletta, guidare l'auto, ecc.)										
D5. CURA DELLA PROPRIA PERSONA										
d510 Lavarsi (fare il bagno, asciugarsi, lavarsi le mani, ecc..)										
d520 Prendersi cura di singole parti del corpo (lavarsi i denti, radersi, ecc.)										
d530 Bisogni corporali										
d540 Vestirsi										
d550 Mangiare										
d560 Bere										
d570 Prendersi cura della propria salute										
d571 Badare alla propria sicurezza										
D6. VITA DOMESTICA										
d620 Procurarsi beni e servizi (fare la spesa, ecc.)										
d630 Preparare i pasti (cucinare, etc.)										
d640 Fare i lavori di casa (pulire la casa, lavare i piatti, fare il bucato, stirare)										
d660 Assistere gli altri										
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										



Breve lista di dimensioni		Fattori Ambientali CODICI E QUALIFICATORI					
		performance	capacità	e310	e315	e340	e575
Attività epartecipazione							
d810 Istruzione informale							
d830 Istruzione superiore							
d840 Apprendistato							
d850 Lavoro retribuito							
d855 Lavoro non retribuito							
d860 Transazioni economiche semplici							
d870 Autosufficienza economica							
D9. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITÀ							
d910 Vita nella comunità							
d920 Ricreazione e tempo libero							
d930 Religione e spiritualità							
QUALSIASI ALTRA ATTIVITÀ							

Breve lista di fattori Ambientali



E1. PRODOTTI E TECNOLOGIA		E4. ATTEGGIAMENTI	
e110	Prodotti o sostanze per il consumo personale (<i>cibo, farmaci</i>)	e410	Atteggiamenti individuali dei componenti della famiglia ristretta
e115	Prodotti e tecnologia per l'uso personale nella vita quotidiana	e420	Atteggiamenti individuali degli amici
e120	Prodotti per la mobilità e il trasporto personale in ambienti interni e esterni	e425	Atteggiamenti di conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità
e125	Prodotti e tecnologia per la comunicazione	e430	Atteggiamenti delle persone in posizione di autorità
e150	Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per il pubblico utilizzo	e440	Atteggiamenti individuali di persone che forniscono aiuto o assistenza
e155	Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per utilizzo privato	e450	Atteggiamenti individuali di operatori sanitari
E2. AMBIENTE NATURALE E CAMBIAMENTI EFFETTUATI DALL'UOMO		e455	Atteggiamenti individuali di altri operatori
e225	Clima	e460	Atteggiamenti della società
e240	Luce	e465	Norme sociali, costumi e ideologie
e250	Suono	E5. SERVIZI, SISTEMI E POLITICHE	
E3. RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE		e525	Servizi, sistemi e politiche abitative
e310	Famiglia ristretta	e535	Servizi, sistemi e politiche di comunicazione
e315	Famiglia allargata	e540	Servizi, sistemi e politiche di trasporto
e320	Amici	e540	Servizi, sistemi e politiche di trasporto
e325	Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità	e550	Servizi, sistemi e politiche legali
e330	Persone in posizione di autorità	e570	Servizi, sistemi e politiche previdenziali/assistenziali
e340	Persone che forniscono aiuto o assistenza	e575	Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale generale
e355	Operatori sanitari	e580	Servizi, sistemi e politiche sanitarie
e360	Altri operatori	e585	Servizi, sistemi e politiche dell'istruzione e della formazione
		e590	Servizi, sistemi e politiche del lavoro



S.Va.M.Di. VALUTAZIONE SOCIALE

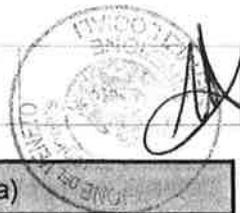
COGNOME E NOME: _____ DATA DI NASCITA: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Stato civile: <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	Anni di scolarità n. _ _ _ Scuola frequentata: <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	Istruzione: <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
Paziente ex OP: <input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 si		

Esperienza lavorativa <input type="checkbox"/> 1 no <input type="checkbox"/> 2 si (specificare) _____ _____	Situazione lavorativa attuale <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 ¹	età	professione	indirizzo e telefono	lontananza ²	intensità attivazione attuale	si occupa di ³		
								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

¹ 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.

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

³ 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 accoglimento in residenza
 7 assistenza scolastica
 8 integrazione lavorativa
 9 altro

La persona è informata della domanda?

- 1 si
 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? sino**DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO** (una sola risposta)

rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)

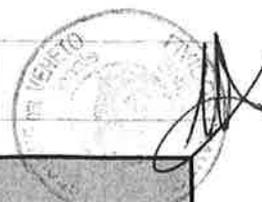
- 1 servita
 2 poco servita
 3 isolata

BARRIERE ARCHITETTONICHE (una sola risposta)

- 1 assenti
 2 solo esterne
 3 interne

 piano: |__|
 ascensore sino
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)



SITUAZIONE ECONOMICA: REDDITO MENSILE	
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
NOTE:	

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 _____



DATA VERIFICA PROGRAMMATA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CONVOCATI	PRESENTI	PARTECIPANTI	NOME	FIRMA
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Responsabile U.V.M.D.		
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Medico curante		
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Assistente sociale		
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Esperto / Geriatra		
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>			
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>			
7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>			
8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>			

DATA: <input type="checkbox"/>	TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE U.V.M.D.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

CODIFICA PROGETTO INDIVIDUALE

1 Interventi domiciliari:

- assistenza domiciliare integrata ADI
 assegno di sollievo
 aiuto personale L.162/98
 autonomia personale L.284/97

- assistenza domiciliare SAD
 buono servizio per _____
 programma Vita Indipendente

2 Centro diurno3 Trasporto4 Integrazione lavorativa5 Progetto inserimento sociale lavorativo6 Assistenza scolastica7 Ausili

7 Residenza

- Comunità Alloggio
 Comunità Residenziale

- R.S.A.
 Altro

9 Altro _____