



A. U.L.S.S. n.

UNITA' VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE DISTRETTO N.

# S.Va.M.Di.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con disabilità

Sig./ra

Data di domanda  /  /

Attivazione  Verifica

tessera sanitaria

es. ticket

codice fiscale

data di nascita

sessu  Femmina  Maschio

Residenza: via

Tel

Comune

Distretto Socio Sanitario n°

Prov.

Medico di Medicina Generale:

tel.

e-mail:

Assistente Sociale:

tel.

e-mail:

Persona di riferimento

tel

grado di parentela

Via

Comune

**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:

1

2

3

4

5

Utilizza qualche ausilio come occhiali, apparecchio acustico, sedia a rotelle ecc.?

NO

SI

Se sì, specificare il tipo di assistenza fornito:

\_\_\_\_\_

Sta ricevendo qualche tipo di trattamento per la sua salute?

NO

SI

Se sì, specificare il tipo di assistenza fornito:

\_\_\_\_\_

Ulteriori informazioni significative sullo stato di salute:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CLUSTER E PROFILI DI GRAVITA'**

<input type="checkbox"/>	<b>CLUSTER 1: MENOMAZIONI GRAVI E GRAVISSIME E NESSUNA O MINIME CAPACITA' E AUTONOMIE</b>
Profilo di gravità n. __	Descrizione:
<input type="checkbox"/>	<b>CLUSTER 2: MENOMAZIONI MEDIE E GRAVI E RIDOTTE CAPACITA' E AUTONOMIE</b>
Profilo di gravità n. __	Descrizione:
<input type="checkbox"/>	<b>CLUSTER 3: MENOMAZIONI MEDIE E LIEVI E DISCRETE O BUONE CAPACITA' E AUTONOMIE</b>
Profilo di gravità n. __	Descrizione:

**CLUSTER E PROFILI DI FUNZIONAMENTO**

<input type="checkbox"/>	<b>CLUSTER 1: SOGGETTI A BASSO FUNZIONAMENTO</b>
Profilo di funzionamento n. __	Descrizione:
<input type="checkbox"/>	<b>CLUSTER 2: SOGGETTI A MEDIO FUNZIONAMENTO</b>
Profilo di funzionamento n. __	Descrizione:
<input type="checkbox"/>	<b>CLUSTER 3: SOGGETTI AD ALTO FUNZIONAMENTO</b>
Profilo di funzionamento n. __	Descrizione:

**CODIFICA PROGETTO INDIVIDUALE**

**01 Interventi domiciliari**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> assistenza domiciliare integrata ADI | <input type="checkbox"/> assistenza domiciliare SAD              |
| <input type="checkbox"/> assegno di sollievo                  | <input type="checkbox"/> buono servizio per <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> aiuto personale L.162/98             | <input type="checkbox"/> programma Vita Indipendente             |
| <input type="checkbox"/> autonomia personale L.284/97         |  |

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>02</b> <input type="checkbox"/> <b>Centro Diurno</b> | <b>03</b> <input type="checkbox"/> <b>trasporto</b> | <b>04</b> <input type="checkbox"/> <b>integrazione lavorativa</b> | <b>04</b> <input type="checkbox"/> <b>progetto inserimento sociale lavorativo</b> |
|---|---|---|---|

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <b>05</b> <input type="checkbox"/> <b>assistenza scolastica</b> | <b>06</b> <input type="checkbox"/> <b>ausili</b> | <b>07</b> <input type="checkbox"/> <b>altro</b><br><input type="text"/> |
|---|--|---|

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>07 Residenzialità</b> | <input type="checkbox"/> Comunità Alloggio<br><input type="checkbox"/> Comunità Residenziale<br><input type="checkbox"/> R.S.A.<br><input type="checkbox"/> altro |
|--------------------------|---|

**VERBALE U.V.M.D.**COGNOME NOME data di nascita  /  / 

**SULLA BASE DELLA DOCUMENTAZIONE AGLI ATTI E DI QUANTO EMERSO DALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, L'U.V.M.D. PRENDE LE SEGUENTI DECISIONI (definizione del progetto complessivo cui concorrono diversi enti e servizi):**

**Referente del progetto:****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"/>			
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>			
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>			
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"/>			

**TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE U.V.M.D.****DATA:**

**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).

<b>Breve Lista delle Funzioni Corporee</b>	<b>Qualificatore</b>
<b>B1. FUNZIONI MENTALI</b>	
b110 Coscienza	
b114 Orientamento (tempo, spazio, persona)	
b117 Intelletto ( compresi Ritardo, Demenza )	
b122 Funzioni psicosociali globali	
b126 Funzioni del temperamento e della personalità	
b130 Funzioni dell'energia e delle pulsioni	
b134 Sonno	
b140 Attenzione	
b144 Memoria	
b147 Funzioni psicomotorie	
b152 Funzioni emozionali	
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 sè e del tempo	
<b>B2. FUNZIONI SENSORIALI E DOLORE</b>	
b210 Vista	
b230 Udito	
b235 Funzioni vestibolari (compreso l'equilibrio)	
b280 Dolore	
<b>B3. FUNZIONI DELLA VOCE E DELL'ELOQUIO</b>	
b310 Voce	
b330 Funzioni della fluidità e del ritmo dell'eloquio	
<b>B4. FUNZIONI DEI SISTEMI CARDIOVASCOLARE, EMATOLOGICO, IMMUNOLOGICO E DELL'APPARATO RESPIRATORIO</b>	
b410 Cuore	
b420 Pressione sanguigna	
b430 Sistema ematologico (sangue)	
b435 Sistema immunologico (allergie, ipersensibilità)	
b440 Respirazione (respiro)	
<b>B5. FUNZIONI DELL'APPARATO DIGERENTE E DEI SISTEMI METABOLICO ED ENDOCRINO</b>	
b515 Digestione	
b525 Defecazione	
b530 Mantenimento del peso	
b545 Equilibrio idrico ed elettrolitico	
b550 Termoregolazione	

b555 Ghiandole endocrine (alterazioni ormonali)	
<b>B6. FUNZIONI GENITOURINARIE E RIPRODUTTIVE</b>	
b620 Funzioni urinarie	
b640 Funzioni sessuali	
b650 Funzioni mestruali	
<b>B7. FUNZIONI NEURO-MUSCOLO-SCHELETRICHE E CORRELATE AL MOVIMENTO</b>	
b710 Mobilità dell'articolazione	
b730 Forza muscolare	
b735 Tono muscolare	
b760 Funzione di controllo del movimento volontario	
b765 Movimento involontario	
<b>B8. FUNZIONI DELLA CUTE E DELLE STRUTTURE CORRELATE</b>	
<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).

<b>Breve Lista delle Strutture Corporee</b>	<b>Qualificatore</b>
<b>S1. STRUTTURE DEL SISTEMA NERVOSO</b>	
<b>S2. OCCHIO, ORECCHIO E STRUTTURE CORRELATE</b>	
<b>S3. STRUTTURE COINVOLTE NELLA VOCE E NELL'ELOQUIO</b>	
<b>S4. STRUTTURE DEI SISTEMI CARDIOVASCOLARE, IMMUNOLOGICO E DELL'APPARATO RESPIRATORIO</b>	
<b>S5. STRUTTURE CORRELATE ALL'APPARATO DIGERENTE E AI SISTEMI METABOLICO ED ENDOCRINO</b>	
<b>S6. STRUTTURE CORRELATE AL SISTEMA GENITOURINARIO E RIPRODUTTIVO</b>	
<b>S7. STRUTTURE CORRELATE AL MOVIMENTO</b>	
<b>S8 CUTE E STRUTTURE CORRELATE</b>	
<b>OGNI ALTRA STRUTTURA CORPOREA</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 .....



## PARTE 2/3: 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.

### QUALIFICATORI DI ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE

Primo Qualificatore: <i>Performance</i> Grado di restrizione della <i>Partecipazione</i>	Secondo Qualificatore: <i>Capacità (senza influenza dell'ambiente o assistenza)</i> Grado di limitazione dell'Attività
<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

#### Qualificatore nell'ambiente: Barriere o Facilitatori

<b>0</b> Nessuna barriera	<b>0</b> Nessun facilitatore
<b>1</b> Barriera lieve	<b>+1</b> Facilitatore lieve
<b>2</b> Barriera media	<b>+2</b> Facilitatore medio
<b>3</b> Barriera grave	<b>+3</b> Facilitatore sostanziale
<b>4</b> Barriera completa	<b>+4</b> Facilitatore completo
<b>8</b> Barriera, non specificato	<b>+8</b> Facilit. non specificato
<b>9</b> non applicabile	<b>9</b> Non applicabile

**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 a pag 10/16.**







<i>Breve lista di dimensioni Attività &amp; Partecipazione</i>			<i>Fattori Ambientali Codici e qualificatori</i>									
	<i>performance</i>	<i>capacità</i>	<i>Codice 1</i>		<i>Codice 2</i>		<i>Codice 3</i>		<i>Codice 4</i>		<i>Codice 5</i>	
			<i>Codice</i>	<i>Qualificatore</i>	<i>Codice</i>	<i>Qualificatore</i>	<i>Codice</i>	<i>Qualificatore</i>	<i>Codice</i>	<i>Qualificatore</i>	<i>Codice</i>	<i>Qualificatore</i>
d830 Istruzione superiore												
d840 Apprendistato												
d850 Lavoro retribuito												
d855 Lavoro non retribuito												
d860 Transazioni economiche semplici												
d870 Autosufficienza economica												
<b>D9. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITÀ</b>												
d910 Vita nella comunità												
d920 Ricreazione e tempo libero												
d930 Religione e spiritualità												
<b>QUALUNQUE ALTRA ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE</b>												

NOTE su Attività & Partecipazione e Fattori Ambientali

<b>Breve Lista Fattori Ambientali</b>	<b>Breve Lista Fattori Ambientali</b>
<b>E1. PRODOTTI E TECNOLOGIA</b>	<b>E4. ATTEGGIAMENTI</b>
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
	e455 Atteggiamenti individuali di altri operatori
<b>E2. AMBIENTE NATURALE E CAMBIAMENTI EFFETTUATI DALL'UOMO</b>	e460 Atteggiamenti della società
e225 Clima	e465 Norme sociali, costumi e ideologie
e240 Luce	
e250 Suono	<b>E5. SERVIZI, SISTEMI E POLITICHE</b>
	e525 Servizi, sistemi e politiche abitative
<b>E3. RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE</b>	e535 Servizi, sistemi e politiche di comunicazione
e310 Famiglia ristretta	e540 Servizi, sistemi e politiche di trasporto
e320 Amici	e550 Servizi, sistemi e politiche legali
e325 Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità	e570 Servizi, sistemi e politiche previdenziali/assistenziali
e330 Persone in posizione di autorità	e575 Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale generale
e340 Persone che forniscono aiuto o assistenza	e580 Servizi, sistemi e politiche sanitarie
e355 Operatori sanitari	e585 Servizi, sistemi e politiche dell'istruzione e della formazione
e360 Altri operatori	e590 Servizi, sistemi e politiche del lavoro

**PARTE 4: ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTESTO**

“Descrizione sintetica di tutti i Fattori Personali che possono avere un impatto sullo stato funzionale”

( es. stile di vita, abitudini, contesto sociale, educazione, eventi della vita, razza/etnia, orientamento sessuale e beni dell'individuo, rapporti all'interno della famiglia, con la famiglia allargata, con la comunità (la rete sociale), eventuali problematiche - il carico assistenziale richiesto dal disabile e chi lo sostiene in famiglia - gli ostacoli alla partecipazione alla vita comunitaria e allo sviluppo delle autonomie - gli ausili utilizzati o da prevedere)

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 .....



## S.VA.M.Di. VALUTAZIONE SOCIALE

**Stato civile attuale:**

- |  |  |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile           | 4. <input type="checkbox"/> : Divorziato/a |
| 2 <input type="checkbox"/> Attualmente coniugato/a | 5. <input type="checkbox"/> Vedovo/a       |
| 3 <input type="checkbox"/> Separato/a              | 6. <input type="checkbox"/> Convivente     |

**Anni di scolarità n.** \_\_\_\_\_

**Scuola frequentata**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> scuola materna / nido    | 2 <input type="checkbox"/> elementare      | 3 <input type="checkbox"/> scuola medie inf. |
| 4 <input type="checkbox"/> formazione professionale | 5 <input type="checkbox"/> medie superiori | 6 <input type="checkbox"/> università        |

**Istruzione**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> nessun titolo        | 2 <input type="checkbox"/> licenza elementare | 3 <input type="checkbox"/> media inferiore |
| 4 <input type="checkbox"/> scuola professionale | 5 <input type="checkbox"/> media superiore    | 6 <input type="checkbox"/> laurea          |

**Esperienza lavorativa**      1  No   2  Sì      ----      Specificare:

**Situazione lavorativa attuale:**

- |   |  |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Lavoro dipendente                        | 6. <input type="checkbox"/> Pensionata/o                         |
| 2 <input type="checkbox"/> Lavoro autonomo                          | 7. <input type="checkbox"/> Disoccupata/o (per motivi di salute) |
| 3 <input type="checkbox"/> Lavoro non retribuito (es. volontariato) | 8. <input type="checkbox"/> Disoccupata/o (per altri motivi )    |
| 4 <input type="checkbox"/> Studente                                 | 9. <input type="checkbox"/> Altro (specificare)_____             |
| 5 <input type="checkbox"/> Casalinga/o                              |  |

### CERTIFICAZIONI

<b>Invalidità civile</b>	1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no	Grado riconosciuto
<b>Diagnosi di invalidità</b>		
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      1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no
Minore ipoacusico	1 <input type="checkbox"/> si   2 <input type="checkbox"/> no	Sordomuto            1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no
<b>Invalidità INAIL</b>	1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no	
<b>Persona con Disabilità (L. 104/92 art. 3 c. 1)</b>	1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no	
<b>Persona con Disabilità (L. 104/92 art. 3 c. 3)</b>	1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no	
<b>Condizione di Disabilità per Inserim. Lav. (L. 68/99)</b>	1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no	
<b>Certificazione L. 104/92 ai fini dell'inserimento scolastico</b>	1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no	
<b>Persona inabilitata</b> 1 <input type="checkbox"/> si                    2 <input type="checkbox"/> no	<b>Con amministratore di sostegno</b> 1 <input type="checkbox"/> si                    2 <input type="checkbox"/> no	<b>Persona interdetta</b> 1 <input type="checkbox"/> si                    2 <input type="checkbox"/> no

Situazione familiare									
	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									
7									

Altre persone attive (compreso personale privato)								
1								
2								
3								

SERVIZI ATTIVATI		
1		3
2		4

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>V = immediate vicinanze, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora  
<sup>3</sup> crocettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), iADL (pulizia casa, acquisti,  
 preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna)

<b>DOMANDA DI INTERVENTO:</b>	
<b>Tipologia della domanda (una sola risposta)</b> 01 <input type="checkbox"/> generica 02 <input type="checkbox"/> interventi domiciliari 03 <input type="checkbox"/> inserimento diurno 04 <input type="checkbox"/> residenzialità 05 <input type="checkbox"/> assistenza scolastica 06 <input type="checkbox"/> integrazione lavorativa 07 <input type="checkbox"/> altro	<b>La persona è informata della domanda?</b> 01 <input type="checkbox"/> sì    02 <input type="checkbox"/> no  <b>Contesto familiare</b> 1 <input type="checkbox"/> Singolo    3 <input type="checkbox"/> Struttura residenziale    2 <input type="checkbox"/> Famiglia    4 <input type="checkbox"/> Altro
<b>Iniziativa della domanda (una sola risposta)</b> 01 <input type="checkbox"/> propria    04 <input type="checkbox"/> medico 02 <input type="checkbox"/> familiare    05 <input type="checkbox"/> tutore 03 <input type="checkbox"/> assistente sociale    06 <input type="checkbox"/> altro soggetto (specificare: ..... )	

<b>Medico curante:</b>	<b>Tel.</b>
<b>PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE:</b>	
Cognome e nome <input type="text"/>	
Via <input type="text"/>	Comune <input type="text"/>
Tel <input type="text"/>	grado di parentela <input type="text"/>
e-mail: <input type="text"/>	

<b>SITUAZIONE ABITATIVA della Persona con Disabilità</b>	
<b>TITOLO DI GODIMENTO</b> (una sola risposta) 1 <input type="checkbox"/> proprietà dell'immobile del disabile <input type="checkbox"/> del familiare <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> usufrutto 3 <input type="checkbox"/> titolo gratuito 4 <input type="checkbox"/> non proprio, non in affitto (presso <input type="text"/> )	in affitto da: 5 a <input type="checkbox"/> privato 5 b <input type="checkbox"/> pubblico  E' in atto lo sfratto esecutivo? sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO</b> (una sola risposta) <i>rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)</i> 1 <input type="checkbox"/> servita 2 <input type="checkbox"/> poco servita 3 <input type="checkbox"/> isolata	
<b>BARRIERE ARCHITETTONICHE</b> (una sola risposta) 1 <input type="checkbox"/> assenti 2 <input type="checkbox"/> solo esterne 3 <input type="checkbox"/> interne	piano: <input type="text"/> ascensore    sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>GIUDIZIO SINTETICO</b> 1 <input type="checkbox"/> abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n° di persone, ben servito) 2 <input type="checkbox"/> abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano la persona anziana nel corretto utilizzo delle sue risorse residue o dei servizi) 3 <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> € .....
Indennità di accompagnamento	<input type="checkbox"/> € .....
Assegno / pensione invalidità INPS	<input type="checkbox"/> € ..... Categoria: n. pensione:
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 DISPONIBILITÀ 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 sì
<b>NOTE:</b>	

**NOTE** (la storia della persona e il percorso nei servizi , il curriculum scolastico, l'eventuale percorso lavorativo, tirocini e stage, attitudini e aspirazioni espresse)


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 .....