

Deliberazione della Giunta Regionale 12 giugno 2020, n. 39-1523

**Approvazione delle nuove Cartelle Disabilita' Minori e Disabilita' Adulti, contenenti le valutazioni degli aspetti sociali e sanitari. Modifica dell'allegato A) e revoca degli Allegati C), D) ed E) alla D.G.R. n. 56-13332/2010. Integrazione dell'allegato A della D.G.R. n. 26-13680/2010 e revoca delle schede 1 e 2.**

A relazione degli Assessori Icardi, Caucino:

Premesso che:

- il Decreto Interministeriale del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro della Salute, con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e con il Ministro per gli Affari Regionali e le Autonomie con delega in materia di Politiche per la Famiglia del 26 settembre 2016 "Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, per l'anno 2016", all'art. 4, comma 1, lettera c) prevede che le Regioni si impegnino a "implementare modalità di valutazione della non autosufficienza attraverso unità multiprofessionali UVM, in cui siano presenti la componente clinica e sociale, utilizzando le scale già in essere presso le Regioni, tenendo anche conto, ai fini della valutazione bio-psico-sociale, nella prospettiva della classificazione ICF, delle condizioni di bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci";
- il Decreto Interministeriale del 23 novembre 2016 di attuazione della legge 112/2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare", comunemente denominata "Dopo di noi", all'art. 2 prevede che agli interventi di cui al decreto medesimo le persone con disabilità grave prive del sostegno familiare accedano previa valutazione multidimensionale, effettuata da équipe multiprofessionali in cui siano presenti almeno la componente clinica e sociale, secondo i principi della valutazione bio-psico-sociale e in coerenza con il sistema di classificazione ICF;
- con la D.G.R. n. 26-13680 del 29 marzo 2010 "Approvazione delle linee guida sul funzionamento delle Unità Multidisciplinari di Valutazione della Disabilità (UMVD)" sono state approvate le linee guida sul funzionamento delle UMVD, nonché la scheda 1 "Richiesta di valutazione all'Unità Multidisciplinare di Valutazione Disabilità" e la scheda 2 "Relazione sociale e sanitaria con progetto individuale" con "*riferimento al sistema ICF per la descrizione, in particolare degli obiettivi di attività e di partecipazione della persona*";
- con la medesima deliberazione veniva rinviata a successivo provvedimento la definizione delle scale di valutazione della disabilità per l'identificazione dei livelli di intensità assistenziale demandando "*a successivo provvedimento della Direzione regionale Sanità, d'intesa con la Direzione Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia, l'individuazione dei criteri e delle modalità per la diffusione sul territorio regionale, dell'informazione e delle conoscenze tecniche per l'utilizzo del sistema di valutazione ICF*";
- con la D.G.R. n. 56-13332 del 15 febbraio 2010:
  - è stato istituito il contributo economico a sostegno della domiciliarità in lungoassistenza per le persone con disabilità non autosufficienti di età inferiore a 65 anni, correlato alle fasce di intensità assistenziale ed ai relativi punteggi, così come definito nell'Allegato A);
  - per la definizione dei Progetti Individuali sono stati approvati il modello di domanda per la valutazione multidimensionale, nonché le schede di valutazione sanitarie e sociali per la determinazione delle fasce di intensità assistenziale, definiti rispettivamente agli Allegati C), D), ed E), prevedendone l'utilizzo fino all'approvazione di sistemi di valutazione basati sulla

classificazione ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute).

Rilevato che:

- l'assenza di un sistema di valutazione proprio per persone con disabilità (minori ed adulti) per la residenzialità, la semiresidenzialità e l'educativa territoriale ha determinato sul territorio regionale una disomogeneità nella definizione dei progetti per le persone con disabilità, nonché delle relative fasce/livelli di intensità assistenziale;
- il "Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005" del Ministero della Salute, ha evidenziato la necessità di provvedere alla definizione di un sistema di valutazione unico su tutto il territorio regionale;
- in risposta alle suddette osservazioni ministeriali la Direzione Sanità e Welfare, con nota del 14 febbraio 2020, si è impegnata ad adottare la "Cartella Disabilità Adulti" e la "Cartella Disabilità Minori" entro 60 giorni da tale data, termine prorogato a causa dell'emergenza sanitaria COVID-19.

Ritenuto, pertanto, necessario provvedere alla definizione di una valutazione integrata sociale e sanitaria della disabilità, finalizzata alla definizione di progetti residenziali, semiresidenziali, domiciliari, nonché di educativa territoriale, predisponendo la "Cartella Disabilità Adulti" e la "Cartella Disabilità Minori", contenenti i seguenti moduli: scheda anagrafica e informativa, richiesta di valutazione/rivalutazione, valutazione aspetti sociali, valutazione aspetti sanitari, proposta progetto individuale, definizione della intensità residenziale, definizione della intensità semiresidenziale, definizione della intensità domiciliare, definizione della intensità di educativa territoriale, sintesi del progetto individuale e scheda FNA. Le suddette Cartelle sono state redatte dalla Direzione Sanità e Welfare, in collaborazione con componenti dell'area sanitaria e sociale delle Commissioni UMVD adulti e minori, secondo la logica della multidimensionalità, elemento cardine della Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute (ICF).

Rilevato, quindi:

- di adottare la "Cartella della Disabilità Adulti" (Allegato A) e la "Cartella della Disabilità Minori" (Allegato B), parti integranti e sostanziali del presente provvedimento, quali strumenti di valutazione per le UMVD e UMVD-Minori;
- di modificare l'allegato A) alla D.G.R. n. 56-13332 del 15.2.2010 al punto "Massimali erogabili", sostituendo le intensità assistenziali previste per gli adulti (bassa, media e medio alta) ed i relativi punteggi (da 4 a 9, da 10 a 15 e >15) con le intensità assistenziali (bassa, media e alta) ed i relativi punteggi (da 4 a 9, da 10 a 18 e >18) così come previsti nella "Cartella della Disabilità Adulti" (Allegato A) - Modulo "Definizione dell'intensità assistenziale domiciliare";
- di revocare gli Allegati C), D) ed E) approvati con la summenzionata D.G.R. n. 56-13332 del 15.2.2010 confermando le restanti parti;
- di revocare la Scheda 1 "Richiesta di valutazione all'Unità Multidisciplinare di Valutazione Disabilità" e la Scheda 2 "Relazione sociale e sanitaria con progetto individuale", approvate con la succitata D.G.R. n. 26-13680 del 29.3.2010, confermando le restanti parti.

Ritenuto, altresì, ad integrazione della composizione della UMVD e UMVD-Minori, così come definita dalla D.G.R. n. 26-13680/2010 al punto 4 “Criteri per la composizione dell’UMVD” dell’Allegato A), di prevedere, per quanto attiene l’area sanitaria, che il Direttore del Distretto o suo delegato, in relazione ai casi trattati, possa coinvolgere le figure dell’Infermiere e dell’Assistente Sociale del Servizio Sociale Professionale Aziendale dell’ASL, qualora ritenute necessarie.

Precisato che le UMVD e le UMVD-Minori:

- a decorrere dalla data del 1 settembre 2020, provvedano ad utilizzare la “Cartella della Disabilità Adulti” (Allegato A) e la “Cartella della Disabilità Minori” (Allegato B) per tutte le nuove valutazioni/rivalutazioni delle persone con disabilità;

- a decorrere dalla data del 1 gennaio 2021, ed entro i sei mesi successivi, dovranno rivalutare con le modalità suddette tutte le persone con disabilità, minori e adulti, già in carico con progetti residenziali, semiresidenziali e domiciliari, nonché di educativa territoriale.

Tutto ciò premesso;

attestata la regolarità amministrativa del presente atto, ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17.10.2016;

attestata l’assenza degli effetti diretti ed indiretti, del presente provvedimento, sulla situazione economico-finanziaria e sul patrimonio regionale, ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17 ottobre 2016;

la Giunta regionale, unanime,

*delibera*

1. di approvare la nuova “Cartella della disabilità Adulti” (Allegato A) e la nuova “Cartella della Disabilità Minori” (Allegato B), parti integranti e sostanziali del presente provvedimento, contenenti i seguenti moduli: scheda anagrafica e informativa, richiesta di valutazione/rivalutazione, valutazione aspetti sociali, valutazione aspetti sanitari, proposta progetto individuale, definizione della intensità residenziale, definizione della intensità semiresidenziale, definizione della intensità domiciliare, definizione della intensità di educativa territoriale, sintesi del progetto individuale e scheda FNA;

2. di modificare l’allegato A) alla D.G.R. n. 56-13332 del 15.2.2010 al punto “Massimali erogabili”, sostituendo le intensità assistenziali previste per gli adulti (bassa, media e medio alta) ed i relativi punteggi (da 4 a 9, da 10 a 15 e >15) con le intensità assistenziali (bassa, media e alta) ed i relativi punteggi (da 4 a 9, da 10 a 18 e >18) così come previsti nella “Cartella della Disabilità Adulti” (Allegato A) - Modulo “Definizione dell’intensità assistenziale domiciliare”;

3. di revocare gli Allegati C), D) ed E) parti integranti della D.G.R. n. 56-13332 del 15.2.2010, riferiti alla definizione dell’intensità assistenziale per la predisposizione dei progetti individuali di domiciliarità in lungoassistenza, nonché la Scheda 1 “Richiesta di valutazione all’Unità Multidisciplinare di Valutazione Disabilità” e la Scheda 2 “Relazione sociale e sanitaria con

progetto individuale”, parti integranti della D.G.R. n. 26-13680 del 29.3.2010, sulla base di quanto stabilito al successivo punto 5, confermando le restanti parti delle suddette deliberazioni;

4. di integrare il punto 4 “Criteri per la composizione dell’UMVD” dell’Allegato A) della D.G.R. n. 26-13680 del 29.3.2010 prevedendo nella composizione della UMVD e UMVD-Minori, per quanto attiene l’area sanitaria, che il Direttore del Distretto o suo delegato, in relazione ai casi trattati, possa coinvolgere le figure dell’Infermiere e dell’Assistente sociale del Servizio Sociale Professionale Aziendale dell’ASL qualora ritenute necessarie;

5. di stabilire che le UMVD e le UMVD-Minori:

- a decorrere dalla data del 1 settembre 2020, provvedano ad utilizzare la “Cartella della Disabilità Adulti” (Allegato A) e la “Cartella della Disabilità Minori” (Allegato B), approvate con il presente provvedimento, per tutte le nuove valutazioni/rivalutazioni delle persone con disabilità;
- a decorrere dalla data del 1 gennaio 2021, ed entro i sei mesi successivi, dovranno rivalutare, utilizzando le suddette Cartelle, tutte le persone con disabilità, minori e adulti, già in carico con progetti residenziali, semiresidenziali e domiciliari, nonché di educativa territoriale;

6. di dare atto che le eventuali modifiche e/o integrazioni tecniche non sostanziali alla “Cartella della disabilità Adulti” (Allegato A) e alla “Cartella della Disabilità Minori” (Allegato B), parti integranti e sostanziali del presente provvedimento, verranno adottate con successivi provvedimenti dirigenziali;

7. di dare atto che la presente deliberazione non produce oneri a carico del bilancio regionale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell’art. 61 dello Statuto e dell’art. 5 della l.r. 22/2010.

(omissis)

Allegato

<b>Azienda Sanitaria Locale</b> _____ <b>Distretto sanitario</b> _____ _____	<b>Comune/Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali</b> _____
--	--

### Moduli della Cartella Disabilità ADULTI

- SCHEDA ANAGRAFICA E INFORMATIVA	<input type="checkbox"/>
- RICHIESTA DI VALUTAZIONE/RIVALUTAZIONE	<input type="checkbox"/>
- VALUTAZIONE ASPETTI SOCIALI	<input type="checkbox"/>
- VALUTAZIONE ASPETTI SANITARI	<input type="checkbox"/>
- PROPOSTA DI PROGETTO INDIVIDUALE - TIPOLOGIA DEL PROGETTO INDIVIDUALE	<input type="checkbox"/>
- DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ RESIDENZIALE	<input type="checkbox"/>
- DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ SEMIRESIDENZIALE	<input type="checkbox"/>
- DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ DOMICILIARE	<input type="checkbox"/>
- DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ DI EDUCATIVA TERRITORIALE	<input type="checkbox"/>
- SINTESI DEL PROGETTO INDIVIDUALE	<input type="checkbox"/>
- SCHEDA FNA	<input type="checkbox"/>

**Nota:**

La Cartella è modulare, pertanto spuntando i moduli che via via si utilizzano, si compone la Cartella medesima.

# UNITÀ MULTIDISCIPLINARE VALUTAZIONE DISABILITÀ (UMVD)

## SCHEDA ANAGRAFICA E INFORMATIVA

Compilazione a cura di:

Sportello Unico Socio-Sanitario       Punto Unico di Accesso (PUA)       Nucleo Valutazione   
 Sportello Sociale       Segreteria U.M.V.D.       Equipe di Valutazione

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a	Il
residente a	via
recapito telefonico	
stato civile	codice fiscale
Titolo di studio	attività lavorativa pregressa <input type="checkbox"/> in essere <input type="checkbox"/>
Frequenza scolastica/universitaria in corso:  Scuola Sec. Inf. <input type="checkbox"/> Formazione Prof.le <input type="checkbox"/> Scuola Sec. Sup. <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/>  Altro ..... Nessuna <input type="checkbox"/>	Occupabilità: Iscrizione C.P.I. <input type="checkbox"/> Inserimento Lavorativo <input type="checkbox"/> Inserimento Socializzante <input type="checkbox"/> Presso: .....  Pensionato                      Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Persona con handicap (ex art.3 L.104/1992) Connotazione di gravità	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Domanda in corso <input type="checkbox"/> dal ..... Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Invalidità civile  Cecità Sordità L. 68/1999 Collocamento lavorativo mirato Altra invalidità (specificare)..... Ha presentato domanda di (specificare)	Sì <input type="checkbox"/> percentuale .....    No <input type="checkbox"/> domanda in corso <input type="checkbox"/> dal ..... Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .....
Indennità di accompagnamento	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Domanda in corso <input type="checkbox"/> dal.....
Indennità concessa a titolo di minorazione	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> quale ..... dal ..... quale ..... dal ..... Domanda in corso <input type="checkbox"/> dal .....

<b>Azienda Sanitaria Locale</b> _____ <b>Distretto sanitario</b> _____	<b>Comune/Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali</b>
---	---

Esiste un: tutore/procuratore  curatore  amministratore<sup>1</sup> di sostegno

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ rec. tel. \_\_\_\_\_

La domanda è presentata in data ..... / ..... / .....

Da: diretto interessato  tutore/procuratore  curatore  amministratore<sup>2</sup> di sostegno

familiare (specificare).....  altri (specificare).....

I dati e le informazioni sono stati forniti da:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Rec. Telefonico \_\_\_\_\_

Persona di riferimento (se diversa da chi ha fornito le informazioni)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Rec. Telefonico \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Il soggetto è già in carico al Servizio Sociale? Sì  dal ..... No  Se sì:

Servizio Sociale competente \_\_\_\_\_

Assistente Sociale (cognome e nome) \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Educatore (cognome e nome) \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Il soggetto è già in carico al SSR Sì  dal ..... No  Se sì:

Servizio/Servizi sanitari competenti \_\_\_\_\_

Medico specialista (cognome, nome e specialità) \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Operatore sanitario (cognome, nome e qualifica) \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Medico specialista (cognome, nome e specialità) \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Operatore sanitario (cognome, nome e qualifica) \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Altro (specialisti di fiducia) \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Se previsto dal Decreto di Amministrazione

<sup>2</sup> Se previsto dal Decreto di Amministrazione

Data e luogo previsti per la valutazione		Note
Domicilio	<input type="checkbox"/> ___ / ___ / _____	
Struttura residenziale	<input type="checkbox"/> ___ / ___ / _____	
Reparto ospedaliero	<input type="checkbox"/> ___ / ___ / _____	
Lungodegenza	<input type="checkbox"/> ___ / ___ / _____	
Sede UMVD	<input type="checkbox"/> ___ / ___ / _____	
CAVS	<input type="checkbox"/> ___ / ___ / _____	
Altro (specificare:.....)	<input type="checkbox"/> ___ / ___ / _____	



**Richiesta di valutazione/rivalutazione**

da presentare in duplice copia  
una copia verrà restituita con data, timbro e firma dell'operatore di accettazione

**ALLA UNITÀ MULTIDISCIPLINARE VALUTAZIONE DISABILITÀ (UMVD)**

dell'ASL \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido dell'interessato e, in caso di tutore o amministratore<sup>3</sup> di sostegno, anche del proprio

RICHIESTA       SEGNALAZIONE

di Valutazione Multidimensionale Sociosanitaria

di Rivalutazione sociale    sanitaria    sociosanitaria  

al fine della definizione o ridefinizione di un Progetto socio-sanitario, per il Signor/ra:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

La richiesta è avanzata dal diretto interessato

Oppure La richiesta è avanzata dal tutore/procuratore  curatore  amministratore di sostegno

familiare (specificare)..... altri (specificare).....

**Sig/ra** \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> Se previsto dal Decreto di Amministrazione

La segnalazione è avanzata  dal coniuge/convivente  
(specificare) \_\_\_\_\_

Oppure la segnalazione è avanzata dal:

prossimo congiunto (specificare grado di parentela) \_\_\_\_\_

altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Sig/ra** \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

A tal fine:

**C H I E D E C H E**

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

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

Via/Piazza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

=====

**Il sottoscritto è altresì consapevole che la presente domanda deve essere corredata dell'Espressione di consenso al trattamento dei dati, a firma della persona destinataria della valutazione socio-sanitaria (salvo nei casi di tutore o amministratore<sup>4</sup> di sostegno).**

**L'Espressione di Consenso potrà essere acquisita anche nel primo momento di contatto tra l'UMVD e la persona destinataria, qualora non sia stato possibile acquisirla contestualmente alla richiesta di valutazione/rivalutazione.**

**In assenza del Consenso al trattamento dei dati non si potrà procedere alla valutazione/rivalutazione socio-sanitaria.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Timbro e firma di chi riceve l'istanza)

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile di chi presenta l'istanza)

<sup>4</sup> Se previsto dal Decreto di Amministrazione

**INFORMATIVA E CONSENSO SUL TRATTAMENTO DEI DATI  
PERSONALI E DEI DATI PARTICOLARI (SENSIBILI) INERENTI  
ALLA SALUTE: allegare modulo previsto dalla UMVD aziendale**



## 1. CONDIZIONI ABITATIVE

Deve essere valutata la condizione abitativa della famiglia di provenienza.

Questa parte non viene compilata in caso di persona già ricoverata in struttura attribuendo punteggio pari a 1 all'area abitativa.

UBICAZIONE	1) Centro abitato con servizi tutti facilmente raggiungibili dall'interessato (Negozzi, Farmacia, Posta, Scuola, Asili, Servizi sanitari, Servizi Sociali)	0	
	2) Centro abitato con anche solo quattro servizi sopramenzionati difficilmente raggiungibili o non presenti	1	
	3) Isolata e/o impossibilità totale da parte dell'interessato ad accedere ai servizi	2	

4) È previsto uno sfratto o sgombero definitivo	Sì *	No
---	------	----

\*Se sì: punteggio finale massimo delle condizioni abitative = 10;

### Condizioni igieniche generali abitazione;

5) Buone	0	
6) Scadenti	1	
7) Pessime	2	

### Ambiente di vita:

8) Camera dedicata alla persona adeguata *		
9) Microclima adeguato (luminosità, areazione) *		
10) Spazio adeguato per assistente familiare *		
11) Servizi Igienici **		
Max. 2 punti		

\* sì = 0; no = 0,25    \*\* adeguati = 0; non adeguati/esterni = 0,25

**Riscaldamento:**

12) Autonomo / centrale	0
13) Stufa a gas	1
14) Stufa cherosene / legna	2

È indicativo se trattasi di centri/case isolate

**Presenza di barriere architettoniche:**

15) No	0
16) Sì, interne	1
17) Sì, esterne	1

Note \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TOTALE
--------

## **2. CONDIZIONI ECONOMICHE**

In attesa della definizione regionale, ai sensi dell'art. 40 della L.R. 1/2004, di criteri uniformi di valutazione della situazione economica rilevante si ritiene opportuno, individuare, quale ISEE da considerare nel percorso di valutazione, l'ISEE socio-sanitario per le prestazioni socio-sanitarie, o, qualora non fosse ancora concluso l'iter per il riconoscimento dell'invalidità civile, l'ISEE ordinario.

Per l'accesso alla prestazione agevolata dell'integrazione della quota della retta residenziale a carico dell'utente, per graduare l'entità della contribuzione prevista (o per disporre l'esclusione da tale contribuzione), si rinvia alla DGR n. 10-881 del 12 gennaio 2015 "Linee guida per la gestione transitoria dell'applicazione della normativa ISEE di cui al DPCM 5 dicembre 2013, n. 159" ed occorre considerare l'ISEE socio-sanitario residenziale.

### 3.CONDIZIONI FAMILIARI - RETE

Dati relativi al contesto familiare di provenienza della persona oggetto di valutazione.

Esistono parenti o persone di riferimento: Sì  No

Se sì, descrizione dei conviventi:

Cognome e nome	Età	Grado di parentela/altro	Recapiti - telefono

Se sì, descrizione dei NON conviventi:

Cognome e nome e grado di parentela/altro	Età	Residenza	Telefono	Dove vivono
				<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stessa città <input type="checkbox"/> Altrove
				<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stessa città <input type="checkbox"/> Altrove
				<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stessa città <input type="checkbox"/> Altrove
				<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stessa città <input type="checkbox"/> Altrove



- Persona sola

SÌ  NO

Se persona sola priva di parenti conviventi/non conviventi (si intendono quelli indicati dall'articolo 433 C.C.), in condizione di abbandono, non si compilano le domande comprese nelle sezioni B1 a C5, si attribuisce il punteggio massimo (20) e si passa alla valutazione delle CONDIZIONI ASSISTENZIALI (Area 4);

SÌ  NO

Persona inserita in contesto di rete familiare convivente Se la risposta è NO, passare alla sezione C) senza compilare i punti da B1 a B6

Valutazione conviventi (compilare 1 sola voce, la più significativa)

B1) Presenza del coniuge / genitori / altra persona convivente valutato UMVD/UVG non autosufficiente e/o con problemi di dipendenza e/o disturbi psichiatrici 11								11
B2) Problemi del coniuge / genitori / persona convivente, non valutato/a UMVD/UVG (elevata età, problemi sanitari, episodi acuti, etc.)								9
B3) Affaticamento del convivente (caregiver) / genitore derivante dal lavoro di cura (secondo la tabella sottoscritta) <b>Caregiver burden inventory - Cbi</b>								
Tipo di Carico	Item a cui al caregiver principale si chiede di rispondere	Per nulla	Poco	Moderatamente	Parecchio	Molto	VALORE SCELTO	Punteggio
Temporale	T-D1. Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane	0	1	2	3	4		Max 7 punti
	T-D2. Il mio familiare è dipendente da me	0	1	2	3	4		
	T-D3. Devo vigilarlo costantemente	0	1	2	3	4		
	T-D4. Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici)	0	1	2	3	4		
	T-D5. Non riesco ad avere un minuto di libertà dai compiti di assistenza	0	1	2	3	4		
Evolutivo	S6. Sento che mi sto perdendo vita	0	1	2	3	4		
	S7. Desidererei poter fuggire da questa situazione	0	1	2	3	4		
	S8. La mia vita sociale ne ha risentito	0	1	2	3	4		
	S9. Mi sento emotivamente svuotato/a a causa del mio ruolo di assistente	0	1	2	3	4		

	S10. Mi sarei aspettato/a qualcosa di diverso a questo punto della mia vita	0	1	2	3	4		
Fisico	F11. Non riesco a dormire a sufficienza	0	1	2	3	4		
	F12. La mia salute ne ha risentito	0	1	2	3	4		
	F13. Il compito di assisterlo mi ha reso/a più fragile di salute	0	1	2	3	4		
	F14. Sono fisicamente stanco/a	0	1	2	3	4		
Sociale	D15. Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto	0	1	2	3	4		
	D16. I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari	0	1	2	3	4		
	D17. Ho avuto problemi con il coniuge	0	1	2	3	4		
	D18. Sul lavoro non rendo come di consueto	0	1	2	3	4		
	D19. Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno	0	1	2	3	4		
Emotivo	E20. Mi sento in imbarazzo/a a causa del comportamento del mio familiare	0	1	2	3	4		
	E21. Mi vergogno di lui/lei	0	1	2	3	4		
	E22. Provo del risentimento nei suoi confronti	0	1	2	3	4		
	E23. Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa	0	1	2	3	4		
	E24. Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi	0	1	2	3	4		
<b>Intensità di Carico</b>								
<b>LEGENDA CUT-OFF:</b>								
<b>0-16= 1; 17-33=2; 34-49=3; 35-65=4; 66-79=5; 80-89=6; 90-96=7</b>								
B4) Problemi del convivente/i, genitore/i a svolgere lavoro di cura per impegni lavorativi o avvenimenti particolari								7

<p>B5) Dinamiche relazionali altamente problematiche all'interno del nucleo (maltrattamento/alta conflittualità, presenza di minori, devianza sociale/problematiche psichiatriche e/o di dipendenza, disoccupazione o lavoro precario, segnalazione o provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria, condizione di isolamento ed emarginazione del nucleo).</p> <table border="1" data-bbox="263 342 1203 981"> <tr> <td>1) maltrattamento/alta conflittualità</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2) presenza di minori</td> <td>1,5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3) devianza sociale/problematiche psichiatriche e/o di dipendenza</td> <td>1.5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4) disoccupazione o lavoro precario</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5) segnalazione o provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6) condizione di isolamento ed emarginazione del nucleo</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7) se più componenti del nucleo presentano i</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1) maltrattamento/alta conflittualità	2		2) presenza di minori	1,5		3) devianza sociale/problematiche psichiatriche e/o di dipendenza	1.5		4) disoccupazione o lavoro precario	1		5) segnalazione o provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria	1		6) condizione di isolamento ed emarginazione del nucleo	1		7) se più componenti del nucleo presentano i			<p>Max 9 punti</p>
1) maltrattamento/alta conflittualità	2																					
2) presenza di minori	1,5																					
3) devianza sociale/problematiche psichiatriche e/o di dipendenza	1.5																					
4) disoccupazione o lavoro precario	1																					
5) segnalazione o provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria	1																					
6) condizione di isolamento ed emarginazione del nucleo	1																					
7) se più componenti del nucleo presentano i																						
<p>B6) Elevato carico di cura per la presenza all'interno del nucleo familiare di minori e/o di persone con gravi problemi (non autosufficiente, disabilità, dipendenze, disturbi psichiatrici etc.) e/o l'unico/i parente/i di riferimento ha problemi connessi all'elevata età e alla salute</p>	<p>18</p>																					
<p><b>Subtotale B) (Max 61)</b></p>																						

- **Persona che vive sola, con rete familiare non convivente** SÌ  NO

Valutazione rete familiare **non** convivente  
(da compilare solo se **NON** è stata compilata almeno una delle voci da B1 al B6)

Rete familiare non convivente **con parenti tenuti agli alimenti** (art. 433 C.C.)  
(compilare una sola voce la più significativa)

C1) Non ci sono familiari, pur al di fuori della rete familiare convivente, che svolgano il lavoro di cura (alternativo al C2)	<b>8</b>
C2) Ci sono familiari, al di fuori della rete familiare convivente, in grado di supportare mediamente il disabile (alternativo al C1)	<b>4</b>
C3) Presenta rete significativa di buon vicinato/volontariato	<b>2</b>

--



## 4. CONDIZIONI ASSISTENZIALI

(La compilazione della scheda 4A esclude la compilazione della scheda 4B e viceversa)

### 4A. Persona valutata a domicilio

Indicare i bisogni ed il loro grado di copertura da parte della rete familiare convivente:

PERFORMANCE (quello che l'individuo fa nel suo ambiente attuale)	
<u>Grado di limitazione dell'Attività:</u>	
<b>Nessuna difficoltà:</b> significa che la persona non presenta il problema.	0
<b>Difficoltà lieve:</b> 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.	1
<b>Difficoltà media:</b> 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.	2
<b>Difficoltà grave:</b> 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.	3
<b>Difficoltà completa:</b> significa che il problema è presente per più del 95% del tempo, con un'intensità che altera totalmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato quotidianamente negli ultimi 30 giorni.	4
<b>Non specificato:</b> significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione.	n.s.
<b>Non applicabile:</b> significa che non vi è stata occasione per raccogliere informazioni su un particolare codice	n.a.

Fonte dati, specificare se:

O=Osservazione; D=Documentazione Clinica; I=Intervista; E=Esame Obiettivo

.....

CHECK-LIST ATTIVITÀ	Grado di limitazione dell'attività	Fonte dati	Note
<b>D5. CURA DELLA PROPRIA PERSONA</b>			
<p><b>d510 LAVARSI</b></p> <p>Lavare e asciugare il proprio corpo o parti di esso, utilizzando acqua e materiali o metodi di pulizia e asciugatura adeguati, come farsi il bagno, fare la doccia, lavarsi le mani e i piedi, la faccia e i capelli e asciugarsi con un asciugamano.</p> <p><i>Inclusioni: lavare il proprio corpo o parti di esso e asciugarsi</i></p> <p><i>Esclusioni: prendersi cura di singole parti del corpo (d520); Bisogni corporali (d530)</i></p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<p><b>d520 PRENDERSI CURA DI SINGOLE PARTI DEL CORPO</b></p> <p>Occuparsi di quelle parti del corpo, come la pelle, la faccia, i denti, il cuoio capelluto, le unghie e i genitali, che richiedono altre cure oltre il lavaggio e l'asciugatura.</p> <p><i>Inclusioni: curare la pelle, i denti, i capelli e i peli, le unghie delle mani e dei piedi</i></p> <p><i>Esclusioni: lavarsi (d510); Bisogni corporali (d530).</i></p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<p><b>d540 VESTIRSI</b></p> <p>Eseguire le azioni coordinate e i compiti del mettersi e togliersi indumenti e calzature in sequenza e in accordo con le condizioni climatiche e sociali, come nell'indossare, sistemarsi e togliersi camicie, gonne, camicette, pantaloni, biancheria intima, sari, kimono, calze, cappelli, guanti, cappotti, scarpe, stivali, sandali e ciabatte.</p> <p><i>Inclusioni: mettersi e togliersi indumenti e calzature e scegliere l'abbigliamento appropriato.</i></p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<p><b>d550 MANGIARE</b></p> <p>Eseguire i compiti e le azioni coordinati di mangiare il cibo che è stato servito, portarlo alla bocca e consumarlo in modi culturalmente accettabili, tagliare o spezzare il cibo in pezzi, aprire bottiglie e lattine, usare posate, consumare i pasti, banchettare.</p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	

	4 <input type="checkbox"/>		
	n.s. <input type="checkbox"/>		
	n.a. <input type="checkbox"/>		
<b>D6. VITA DOMESTICA</b>			
<p><b>d630 PREPARARE I PASTI</b></p> <p>Pianificare, organizzare, cucinare e servire pasti semplici o complessi per sé e per altri, come preparare un menu, scegliere alimenti e bevande commestibili, mettere insieme gli ingredienti per preparare i pasti, cuocere utilizzando una fonte di calore e preparare cibi e bevande freddi, e servire i cibi.</p> <p><i>Inclusioni: preparare pasti semplici e complessi.</i></p> <p><i>Esclusioni: mangiare (d550); bere (d560); procurarsi beni e servizi (d620); fare i lavori di casa (d640); prendersi cura degli oggetti della casa (d650); assistere gli altri (d660).</i></p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<p><b>d640 FARE I LAVORI DOMESTICI</b></p> <p>Gestire un contesto familiare pulendo la casa, lavando i vestiti, utilizzando elettrodomestici, riponendo i cibi e eliminando l'immondizia, come nello scopare, spazzare, lavare i ripiani, le pareti e altre superfici; raccogliere ed eliminare l'immondizia di casa; riassetare le stanze, gli armadi e i cassetti; raccogliere, lavare, asciugare, piegare e stirare gli indumenti; pulire le scarpe; utilizzare scope, spazzole e aspirapolvere; utilizzare lavatrici, asciugatrici e ferri da stiro.</p> <p><i>Inclusioni: lavare e asciugare abiti e indumenti; pulire l'area dove si cucina e gli utensili; pulire l'abitazione; utilizzare elettrodomestici, riporre ciò che serve quotidianamente e eliminare l'immondizia.</i></p> <p><i>Esclusioni: procurarsi un posto in cui vivere (d610); procurarsi beni e servizi (d620); preparare pasti (d630); prendersi cura degli oggetti della casa (d650); assistere gli altri (d660).</i></p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	

<b>D8. AREE DI VITA PRINCIPALI</b> <u>scegliarne solo uno dei due, in alternativa:</u>			
<b>d850 LAVORO RETRIBUITO</b> <input type="checkbox"/> Impegnarsi in tutti gli aspetti del lavoro, come occupazione, mestiere, professione o altra forma di impiego, a pagamento, come lavoratore dipendente, a tempo pieno o part-time, o come lavoratore autonomo, come cercare un impiego e ottenere un lavoro, eseguire i compiti richiesti dal lavoro, presentarsi al lavoro all'orario richiesto, dirigere altri lavoratori o essere diretti ed eseguire i compiti richiesti da soli o in gruppo. <i>Inclusioni: lavoro autonomo, lavoro part-time e a tempo pieno</i>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>d855 LAVORO NON RETRIBUITO</b> <input type="checkbox"/> Impegnarsi in tutti gli aspetti del lavoro in cui non viene pagato un compenso, a tempo pieno o part-time, incluse attività di lavoro organizzato, eseguire i compiti richiesti dal lavoro, presentarsi al lavoro all'orario richiesto, dirigere altri lavoratori o essere diretti ed eseguire i compiti richiesti da soli o in gruppo, come nel volontariato o nelle opere di beneficenza, lavorare per una comunità o gruppo religioso senza compenso, lavorare intorno alla casa senza compenso. <i>Esclusione: Capitolo 6 - Vita domestica</i>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>D9. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITÀ</b>			
<b>d920 RICREAZIONE E TEMPO LIBERO</b> (in termini di partecipazione) Impegnarsi in qualsiasi forma di gioco o di attività ricreativa e legata al tempo libero, come giochi e sport informali o organizzati, programmi per migliorare la forma fisica, rilassamento, divertimento o svago, visitare gallerie d'arte, musei, cinema o teatri; impegnarsi in artigianato o hobby, leggere per piacere personale, suonare strumenti musicali; fare visite turistiche, turismo e viaggi di piacere.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	



<p><b>Inclusioni:</b> gioco, sport, arte e cultura, artigianato, hobby e socializzazione</p> <p><b>Esclusioni:</b> cavalcare animali per farsi trasportare (d480); lavoro retribuito e non retribuito (d850 e d855); religione e spiritualità (d930); vita politica e cittadinanza (d950).</p>			
<b>Totale 4A = punteggio/2 (max 32/2=16)</b>			

OGNI ALTRA ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE CHE SI RITIENE EVIDENZIARE (tali suggerimenti generano un punteggio da considerarsi in sostituzione e non in aggiunta al punteggio complessivo del singolo punto d.xxx della CHECK-LIST precedente)	Grado di limitazione dell'attività	Fonte dati	Note

## NECESSITÀ DI SOSTEGNO RILEVANTI FNA

Il seguente complesso di tabelle non assegna un punteggio a fini valutativi, ma ha lo scopo di orientare nella formulazione del progetto (Piano Nazionale Non Autosufficienza). Esso consente di individuare le necessità di sostegno della persona non autosufficiente e della sua famiglia, che si ritiene possa beneficiare degli interventi a carico del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA).

### **Modalità di attribuzione dei punteggi di ambito**

Per ogni ambito deve essere selezionata la necessità riscontrata:

- se in un ambito si riscontrano più necessità (p.es., Ausili e Supporto fisico oppure sia Supporto fisico sia Vigilanza), si attribuisce allo specifico ambito il punteggio più elevato, senza effettuare alcuna somma dei punteggi associati alle necessità selezionate (p.es., nel caso della Mobilità domestica, per la quale si rilevi sia la necessità di Ausili sia la necessità di Vigilanza/Supervisione continuativa, il punteggio di ambito sarà pari a 3);
- se, per motivi clinici, le attività di un ambito non sono possibili, si assegna il punteggio più elevato (p.es., in caso di Mobilità extradomestica non possibile, il punteggio di ambito sarà 3);
- negli altri casi, il punteggio di ogni ambito è determinato dal solo punteggio associato alla singola necessità selezionata.

<b>AMBITO 1: CURA DELLA PERSONA E TRASFERIMENTI</b>				
<b>BISOGNI</b>	<b>CHI LO FA</b>	<b>COPERTURA DEL BISOGNO</b>	<b>NECESSITÀ E RELATIVO PUNTEGGIO</b>	<b>Punteggio di ambito</b>
<b>Igiene personale</b>	<input type="checkbox"/> in autonomia <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> personale retribuito	<input type="checkbox"/> <i>tutti i giorni</i> <input type="checkbox"/> <i>2/3 volte alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>1 volta alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>saltuariamente</i>	<input type="checkbox"/> Nessuna o lieve - <b>0 punti</b>  <input type="checkbox"/> Con ausili - <b>1 punto</b>  <input type="checkbox"/> Supporto fisico complementare - <b>2 punti</b>  <input type="checkbox"/> Supporto fisico sostitutivo - <b>3 punti</b>	
<b>Vestirsi</b>	<input type="checkbox"/> in autonomia <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> personale retribuito	<input type="checkbox"/> <i>tutti i giorni</i> <input type="checkbox"/> <i>2/3 volte alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>1 volta alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>saltuariamente</i>		
<b>Autonomia nell'alimentazione</b>	<input type="checkbox"/> in autonomia <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> personale retribuito	<input type="checkbox"/> <i>tutti i giorni</i> <input type="checkbox"/> <i>2/3 volte alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>1 volta alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>saltuariamente</i>		

### AMBITO 2: MOBILITÀ DOMESTICA

BISOGNI	CHI LO FA	COPERTURA DEL BISOGNO	NECESSITÀ E RELATIVO PUNTEGGIO	Punteggio di ambito
<b>Spostamento nell'ambiente domestico</b>	<input type="checkbox"/> in autonomia <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> personale retribuito	<input type="checkbox"/> <i>tutti i giorni</i> <input type="checkbox"/> <i>2/3 volte alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>1 volta alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>saltuariamente</i>	<input type="checkbox"/> Nessuna o lieve - <b>0 punti</b> <input type="checkbox"/> Con ausili - <b>1 punto</b> <input type="checkbox"/> Supporto fisico complementare - <b>2 punti</b> <input type="checkbox"/> Supporto fisico sostitutivo - <b>3 punti</b> <input type="checkbox"/> Vigilanza/Supervisione non continuativa - <b>2 punti</b> <input type="checkbox"/> Vigilanza/Supervisione continuativa - <b>3 punti</b>	

### AMBITO 3: GESTIONE DEL COMPORTAMENTO

BISOGNI	CHI LO FA	COPERTURA DEL BISOGNO	NECESSITÀ E RELATIVO PUNTEGGIO	Punteggio di ambito
<b>Sorveglianza e/o monitoraggio</b>	<input type="checkbox"/> in autonomia <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> personale retribuito	<input type="checkbox"/> <i>tutti i giorni</i> <input type="checkbox"/> <i>2/3 volte alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>1 volta alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>saltuariamente</i>	<input type="checkbox"/> Nessuna o lieve - <b>0 punti</b> <input type="checkbox"/> Con ausili - <b>1 punto</b> <input type="checkbox"/> Vigilanza/Supervisione non continuativa - <b>2 punti</b> <input type="checkbox"/> Vigilanza/Supervisione continuativa - <b>3 punti</b>	

### AMBITO 4: COMPITI DOMESTICI

BISOGNI	CHI LO FA	COPERTURA DEL BISOGNO	NECESSITÀ E RELATIVO PUNTEGGIO	Punteggio di ambito
<b>Preparazione dei pasti</b>	<input type="checkbox"/> in autonomia <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> personale retribuito	<input type="checkbox"/> <i>tutti i giorni</i> <input type="checkbox"/> <i>2/3 volte alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>1 volta alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>saltuariamente</i>	<input type="checkbox"/> Nessuna o lieve - <b>0 punti</b> <input type="checkbox"/> Con ausili - <b>1 punto</b> <input type="checkbox"/> Supporto fisico complementare - <b>2 punti</b> <input type="checkbox"/> Supporto fisico sostitutivo - <b>3 punti</b>	
<b>Igiene ambientale</b>	<input type="checkbox"/> in autonomia <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> personale retribuito	<input type="checkbox"/> <i>tutti i giorni</i> <input type="checkbox"/> <i>2/3 volte alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>1 volta alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>saltuariamente</i>		

<b>AMBITO 5: MOBILITÀ EXTRADOMESTICA</b>				
<b>BISOGNI</b>	<b>CHI LO FA</b>	<b>COPERTURA DEL BISOGNO</b>	<b>NECESSITÀ E RELATIVO PUNTEGGIO</b>	<b>Punteggio di ambito</b>
<b>Frequenza Scolastica / Frequenza ambienti di lavoro/stage/laboratori</b>	<input type="checkbox"/> in autonomia <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> personale retribuito	<input type="checkbox"/> <i>tutti i giorni</i> <input type="checkbox"/> <i>2/3 volte alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>1 volta alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>saltuariamente</i>	<input type="checkbox"/> Nessuna o lieve - <b>0 p.</b> <input type="checkbox"/> Con ausili - <b>1 punto</b> <input type="checkbox"/> Supporto fisico complementare - <b>2 punti</b> <input type="checkbox"/> Supporto fisico sostitutivo - <b>3 punti</b>	
<b>Frequentazioni ambienti extrascolastici / extralavorativi</b>	<input type="checkbox"/> in autonomia <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> personale retribuito	<input type="checkbox"/> <i>tutti i giorni</i> <input type="checkbox"/> <i>2/3 volte alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>1 volta alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>saltuariamente</i>		

***Punteggio complessivo necessità di sostegno rilevanti FNA***

Il punteggio complessivo (min. 0 - max. 51) è ottenuto dalla sommatoria del prodotto tra i punteggi di ambito e ognuno dei rispettivi pesi:

<b>AMBITO</b>	<b>PESO</b>	<b>PUNTEGGIO DI AMBITO</b>	<b>PUNTEGGIO PONDERATO (peso x punteggio di ambito)</b>
1) <b>CURA DELLA PERSONA E TRASFERIMENTI</b>	5		
2) <b>MOBILITÀ DOMESTICA</b>	4		
3) <b>GESTIONE DEL COMPORTAMENTO</b>	4		
4) <b>COMPITI DOMESTICI</b>	2		
5) <b>MOBILITÀ EXTRADOMESTICA</b>	2		
<b>PUNTEGGIO COMPLESSIVO (somma dei punteggi ponderati)</b>			

#### 4 B. Persona valutata con progetto residenziale in essere

(Specificare in quale tipologia residenziale.....)

B1) Inserito da:	
meno di 6 mesi	0
oltre 6 mesi	1
B2) Inserimento concordato dal valutato e/o dai familiari / tutore / amministratore di sostegno <sup>5</sup> per rispondere ad una urgenza sociale per impossibilità di rimanere a domicilio, la quale permane al momento della valutazione	4
B3) Non disponibilità di uno spazio abitativo adeguato o mancanza di alternativa abitativa alla residenzialità	4
B4) Assenza di persone che mantengano un significativo rapporto con il valutato	2
B5) Grave difficoltà o assenza di un caregiver che permetta un progetto di domiciliarità (punteggio "Area condizioni familiari" di 16)	6
B6) Espressa volontà di rimanere in struttura dell'interessato	1
<b>Totale</b>	<input type="text"/>

Indicare il grado di copertura necessario per soddisfare i seguenti bisogni assistenziali del valutato:

				Totale di riga
BISOGNI	Basso	Medio	Alto	
1) Igiene personale e vestizione	0	1	2	
2) Somministrazione dei pasti	0	1	2	
3) Accompagnamenti	0	1	2	
4) Monitoraggio e sorveglianza	0	1	2	
<b>Totale colonna</b>				

<b>Totale 4B</b>	<input type="text"/>
------------------	----------------------

<sup>5</sup> Se previsto dal Decreto di Amministrazione

## SINTESI VALUTAZIONE ASPETTI SOCIALI

### 1) condizione abitativa:

0	1 - 5	6 - 10
0	1	2

### 2) condizione economica (da valorizzare a cura di ogni Ente Gestore):

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

### 3) condizione familiare:

0	1 - 6	7 - 12	13 - 16	Oltre 16
0	1	2	3	4

### 4) condizione assistenziale:

0	1 - 6	7 - 12	13 - 16	Oltre 16
0	1	2	3	4

<b>Totale punteggio sociale</b>	
---------------------------------	--

<b><i>I valutatori</i></b>	<b><i>Nome e cognome</i></b>	<b><i>Firma leggibile</i></b>
Assistente sociale del Comune/Ente Gestore		
Educatore		
Altro (specificare): _____		
Altro (specificare): _____		

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

Luogo di valutazione degli aspetti sanitari		Note
Domicilio	<input type="checkbox"/>	
Struttura residenziale	<input type="checkbox"/>	
Reparto ospedaliero	<input type="checkbox"/>	
Sede UMVD	<input type="checkbox"/>	
Altro (specificare:.....)	<input type="checkbox"/>	

COGNOME e NOME.....

### Valutazione Aspetti Sanitari

#### DIAGNOSI CLINICA MULTIASSIALE

\*Applicare codice specificando le codifiche usate:  ICD9

Diagnosi e codifica\* \_\_\_\_\_

Diagnosi e codifica\* \_\_\_\_\_

Diagnosi e codifica\* \_\_\_\_\_

#### SINTESI ANAMNESI CLINICA CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE PATOLOGIE INVALIDANTI:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

#### TERAPIA IN ATTO

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## TRATTAMENTI SPECIALISTICI

Alimentazione parenterale	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
SNG/PEG	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Tracheostomia	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Ventilazione Meccanica Assistita o non invasiva	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Se sì, continuativa 24h su 7 giorni	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Ossigenoterapia	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Dialisi	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Ulcere da decubito **	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Gestione stomia (colon o altre)	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione)	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Gestione C.V.C.	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Gestione terapia con microinfusori /elastomeri	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Gestione cateterismo peridurale	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Drenaggi	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Trattamento riabilitativo post acuto	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Altro (specificare): _____		



## ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE

- 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.
- 

La **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, la 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 nell'ambiente in cui vive.

### Primo Qualificatore: Performance

**0 Nessuna difficoltà** significa che la persona non presenta il problema.

**1 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.

**2 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.

**3 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.

**4 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.

**8 Non specificato** significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della difficoltà.

**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).

La descrizione deve essere fatta in termini di **Performance senza assistenza**

## ISTRUZIONI PER L'UTILIZZO DELLA CHECK-LIST ATTIVITÀ

L'Attività è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo.

PERFORMANCE (quello che l'individuo fa nel suo ambiente attuale)	
<u>Grado di limitazione dell'Attività:</u>	
<b>Nessuna difficoltà:</b> significa che la persona non presenta il problema.	0
<b>Difficoltà lieve:</b> 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.	1
<b>Difficoltà media:</b> 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.	2
<b>Difficoltà grave:</b> 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.	3
<b>Difficoltà completa:</b> significa che il problema è presente per più del 95% del tempo, con un'intensità che altera totalmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato quotidianamente negli ultimi 30 giorni.	4
<b>Non specificato:</b> significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione.	n.s.
<b>Non applicabile:</b> significa che non vi è stata occasione per raccogliere informazioni su un particolare codice	n.a.

Fonte dati, specificare se:

**O**=Osservazione; **D**=Documentazione Clinica; **I**=Intervista; **E**=Esame Obiettivo

CHECK-LIST ATTIVITÀ	Grado di limitazione dell'attività	Fonte dati	Note
<b>D1. APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLA CONOSCENZA</b>			
<p><b>d110 GUARDARE</b></p> <p>Utilizzare il senso della vista intenzionalmente per sperimentare stimoli visivi, come seguire visivamente un oggetto, guardare delle persone, osservare un evento sportivo, una persona o dei bambini che giocano.</p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<p><b>d115 ASCOLTARE</b></p> <p>Utilizzare il senso dell'udito intenzionalmente per sperimentare stimoli uditivi, come ascoltare e sentire la radio, la voce umana, della musica, una lezione o una storia raccontata.</p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<p><b>d155 ACQUISIZIONE DI ABILITÀ</b></p> <p>Sviluppare capacità basilari e complesse in insiemi integrati di azioni o compiti in modo da iniziare e portare a termine l'acquisizione di un'abilità, come utilizzare strumenti, giocattoli o giochi.</p> <p><i>Inclusioni: acquisire abilità basilari e complesse</i></p> <p><i>Esclusioni: imparare a scrivere (d145) e scrivere (d170), imparare a giocare (d131)</i></p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<p><b>d166 LETTURA</b></p> <p>Attività di performance coinvolte nella comprensione e nell'interpretazione del linguaggio scritto (ad esempio libri, istruzioni o giornali in testo o in Braille), con lo scopo di acquisire conoscenze generali o informazioni specifiche</p> <p><i>Esclusione: imparare a leggere (d140)</i></p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	

<p><b>d170 SCRITTURA</b>  Utilizzare o produrre simboli o linguaggio per comunicare informazioni, come produrre una documentazione scritta di eventi o idee o scrivere una lettera.</p> <p><i>Esclusione: imparare a scrivere (d145)</i></p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<p><b>d172 CALCOLO</b>  Compiere dei calcoli applicando principi matematici per risolvere dei problemi descritti verbalmente e presentare o esporre i risultati, come calcolare la somma di tre numeri o trovare il risultato della divisione di un numero per un altro.</p> <p><i>Esclusione: imparare a calcolare (d150)</i></p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<p><b>d175 RISOLUZIONE DI PROBLEMI</b>  Trovare soluzioni a problemi o situazioni identificando e analizzando le questioni, sviluppando opzioni e soluzioni, valutandone i potenziali effetti e mettendo in atto la soluzione prescelta, come nel risolvere una disputa fra due persone.</p> <p><i>Inclusioni: risoluzione di problemi semplici e complessi</i>  <i>Esclusioni: pensiero (d163); prendere decisioni (d177)</i></p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>TOTALE D1 =</b>			
<b>D2. COMPITI E RICHIESTE GENERALI</b>			
<p><b>d230 Eseguire la routine quotidiana</b>  Compiere delle azioni semplici o complesse e coordinate per pianificare, gestire e completare le attività richieste dai procedimenti o dalle incombenze quotidiane, come organizzare il proprio tempo e pianificare le diverse attività nel corso della giornata.</p> <p><i>Inclusioni: gestire e completare la routine quotidiana; gestire il proprio tempo e le proprie attività</i>  <i>Esclusione: intraprendere compiti articolati (d220)</i></p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	

<p><b>d250 CONTROLLARE IL PROPRIO COMPORTAMENTO</b></p> <p>Eseguire azioni semplici o complesse e coordinate in modo coerente in risposta a situazioni, persone o esperienze nuove, ad es. fare silenzio in biblioteca.</p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	
<b>TOTALE D2 =</b>			
<b>D3. COMUNICAZIONE</b>			
<p><b>d310 COMUNICARE CON - RICEVERE - MESSAGGI VERBALI</b></p> <p>Comprendere i significati letterali e impliciti dei messaggi nel linguaggio parlato, come comprendere che un'affermazione sostiene un fatto o è un'espressione idiomatica, come rispondere ai messaggi verbali e comprenderli.</p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>d315 COMUNICARE CON - RICEVERE - MESSAGGI NON-VERBALI</b></p> <p>Comprendere i significati letterali e impliciti di messaggi comunicati tramite gesti, simboli e disegni, come capire che un bambino è stanco quando si stropiccia gli occhi o che il suono di una sirena significa che è in atto un incendio.</p> <p><i>Inclusioni: comunicare con - ricevere - gesti del corpo, segni e simboli comuni, disegni e fotografie</i></p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>d330 PARLARE</b></p> <p>Produrre parole, frasi e brani più lunghi all'interno di messaggi verbali con significato letterale e implicito, come esporre un fatto o raccontare una storia attraverso il linguaggio verbale.</p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	

<p><b>d335 PRODURRE MESSAGGI NON-VERBALI</b></p> <p>Usare segni, simboli e disegni per comunicare significati, come scuotere la testa per indicare disaccordo o disegnare un'immagine o un grafico per comunicare un fatto o un'idea complessa.</p> <p><b>Inclusioni:</b> produrre gesti con il corpo, segni, simboli, disegni e fotografie</p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>d350 CONVERSAZIONE</b></p> <p>Avviare, mantenere e terminare uno scambio di pensieri e idee, attraverso linguaggio verbale, scritto, dei segni o altre forme di linguaggio, con una o più persone conosciute o meno, in contesti formali o informali.</p> <p><b>Inclusioni:</b> avviare, mantenere e terminare una conversazione; conversare con una o più persone</p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>d360 UTILIZZO DI STRUMENTI E TECNICHE DI COMUNICAZIONE</b></p> <p>Utilizzare strumenti, tecniche e altri mezzi per scopi comunicativi, come chiamare un amico al telefono.</p> <p><b>Inclusioni:</b> utilizzare strumenti di telecomunicazione, usare macchine per scrivere e tecniche di comunicazione</p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	
<b>TOTALE D3 =</b>			
<b>D4. MOBILITÀ</b>			
<p><b>d410 CAMBIARE POSIZIONE CORPOREA DI BASE</b></p> <p>Assumere e abbandonare una posizione corporea e muoversi da una collocazione all'altra, come girarsi da un lato all'altro, sedersi, alzarsi in piedi, alzarsi da una sedia per sdraiarsi sul letto, e assumere e abbandonare una posizione inginocchiata o accovacciata.</p> <p><b>Inclusioni:</b> cambiare posizione dall'essere sdraiati, accovacciati o inginocchiati, da seduti o in piedi, piegandosi e spostando il baricentro del corpo</p> <p><b>Esclusione:</b> trasferirsi (d420)</p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	

<p><b>d420 TRASFERIRSI</b></p> <p>Muoversi da una superficie a un'altra, come muoversi lungo una panca o dal letto alla sedia, senza cambiare posizione corporea.</p> <p><i>Inclusioni: trasferirsi da seduti o da sdraiati</i>  <i>Esclusione: cambiare la posizione corporea di base (d410)</i></p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>d430 SOLLEVARE E TRASPORTARE OGGETTI</b></p> <p>Sollevarre un oggetto o portare un oggetto da un posto all'altro, come prendere in mano una tazza o portare un bambino da una stanza a un'altra.</p> <p><i>Inclusioni: sollevare, portare in mano o sulle braccia, o sulle spalle, sul fianco, sulla schiena o sulla testa; mettere giù</i></p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>d440 USO FINE DELLA MANO</b></p> <p>Compiere le azioni coordinate del maneggiare oggetti, raccogliarli, manipolarli e lasciarli andare usando una mano, dita e pollice, come necessario per raccogliere delle monete da un tavolo o per comporre un numero al telefono o girare una maniglia.</p> <p><i>Inclusioni: raccogliere, afferrare, manipolare e lasciare</i>  <i>Esclusione: sollevare e trasportare oggetti (d430)</i></p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>d450 CAMMINARE</b></p> <p>Muoversi lungo una superficie a piedi, passo dopo passo, in modo che almeno un piede sia sempre appoggiato al suolo, come nel passeggiare, gironzolare, camminare avanti, a ritroso o lateralmente.</p> <p><i>Inclusioni: camminare per brevi o lunghe distanze; camminare su superfici diverse; camminare attorno a degli ostacoli</i>  <i>Esclusioni: trasferirsi (d420); spostarsi (d455)</i></p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	

<p><b>d465 SPOSTARSI USANDO APPARECCHIATURE/AUSILI</b> (sedia a rotelle, pattini, etc.)</p> <p>Spostare tutto il corpo da un posto ad un altro, su qualsiasi superficie o spazio, utilizzando apparecchiature specifiche realizzate per facilitare lo spostamento o creare altri modi per spostarsi, come con i pattini, con gli sci, con l'attrezzatura per le immersioni, pinne o muoversi per la strada usando una sedia a rotelle o un deambulatore.</p> <p><b>Esclusioni:</b> trasferirsi (d420); camminare (d450); spostarsi (d455); usare un mezzo di trasporto (d470); guidare (d475)</p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	 O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<p><b>d470 USARE UN MEZZO DI TRASPORTO</b> (auto, bus, treno, etc.)</p> <p>Usare un mezzo di trasporto per spostarsi in qualità di passeggero, come essere trasportati su un'automobile o su un autobus, un risciò, un piccolo autobus, una carrozzina o un passeggino, un veicolo a trazione animale o un taxi, un autobus, un treno, un tram una metropolitana, una barca o un aeroplano pubblici o privati.</p> <p><b>Inclusioni:</b> usare mezzi di trasporto a trazione umana; usare mezzi di trasporto privati motorizzati o pubblici</p> <p><b>Esclusioni:</b> spostarsi usando apparecchiature/ausili (d465); guidare (d475)</p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	 O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<p><b>d475 GUIDARE</b> (andare in bici o motocicletta, guidare l'auto, etc.)</p> <p>Essere ai comandi di e far muovere un veicolo o l'animale che lo tira, viaggiare secondo i propri comandi o avere a propria disposizione un qualsiasi mezzo di trasporto, come un'automobile, una bicicletta, una barca o un veicolo a trazione animale.</p> <p><b>Inclusioni:</b> guidare mezzi di trasporto a trazione umana, veicoli motorizzati, veicoli a trazione animale</p> <p><b>Esclusioni:</b> spostarsi usando apparecchiature/ausili (d465); usare un mezzo di trasporto (d470)</p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	 O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>TOTALE D4 =</b>			
<b>D5. CURA DELLA PROPRIA PERSONA</b>			
<p><b>d530 BISOGNI CORPORALI</b></p> <p>Manifestare il bisogno di pianificare ed espletare l'eliminazione di prodotti organici (mestruazioni, minzione e defecazione) e poi pulirsi.</p> <p><b>Inclusioni:</b> regolare la minzione, la defecazione e la cura relativa alle mestruazioni</p> <p><b>Esclusioni:</b> lavarsi (d510); prendersi cura di singole parti del corpo (d520)</p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	 O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	



<p><b>d570 PRENDERSI CURA DELLA PROPRIA SALUTE</b></p> <p>Garantirsi o indicare i propri bisogni relativi al comfort fisico, alla salute e al benessere a livello fisico e mentale, come nel seguire una dieta bilanciata e un adeguato livello di attività fisica, mantenersi caldi o freschi, evitare danni alla salute, praticare sesso sicuro, incluso l'uso dei preservativi, sottoporsi a vaccini immunizzanti e a regolari esami e controlli medici.</p> <p><i>Inclusioni: assicurarsi il proprio benessere fisico; gestire la dieta e la forma fisica; mantenersi in salute.</i></p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>d571 BADARE ALLA PROPRIA SICUREZZA</b></p> <p>Evitare i rischi che possono portare a lesioni o danni fisici. Evitare le situazioni potenzialmente rischiose come fare un cattivo uso del fuoco o correre nel traffico.</p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	
<b>TOTALE D5 =</b>			
<b>D6. VITA DOMESTICA</b>			
<p><b>d620 PROCURARSI BENI E SERVIZI</b></p> <p>Scegliere, procurarsi e trasportare tutti i beni e i servizi necessari per la vita quotidiana, come scegliere, procurarsi, trasportare e riporre cibo, bevande, vestiario, materiali per la pulizia, combustibile, articoli per la casa, utensili, padellame, utensili domestici e attrezzi; procurarsi comodità e altre cose utili per la casa.</p> <p><i>Inclusioni: comprare e procurarsi ciò che serve quotidianamente</i>  <i>Esclusione: procurarsi un posto in cui vivere (d610)</i></p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	
<b>D7. INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI</b>			
<p><b>d730 ENTRARE IN RELAZIONE CON ESTRANEI</b></p> <p>Avere contatti e legami temporanei con estranei per scopi specifici, come quando si chiedono informazioni o indicazioni o si effettua un acquisto.</p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	

<p><b>d740 RELAZIONI FORMALI</b></p> <p>Creare e mantenere delle relazioni specifiche in contesti formali, come con insegnanti, datori di lavoro, professionisti o fornitori di servizi.</p> <p><i>Inclusioni: entrare in relazione con persone autorevoli, con subordinati e con i pari</i></p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>d750 RELAZIONI SOCIALI INFORMALI</b></p> <p>Entrare in relazione con altri, come le relazioni casuali con persone che vivono nella stessa comunità o residenza, o con colleghi di lavoro, studenti, compagni di gioco o persone dello stesso ambiente o professione.</p> <p><i>Inclusioni: relazioni informali con amici, vicini di casa, conoscenti, coinquilini e pari</i></p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>d760 RELAZIONI FAMILIARI</b></p> <p>Creazione e mantenimento di relazioni di parentela, come con i membri della famiglia ristretta, della famiglia allargata, della famiglia affidataria e adottiva e nelle relazioni tra patrigno o matrigna e figliastri, nelle parentele più lontane come secondi cugini, o tutori legali.</p> <p><i>Inclusioni: relazioni genitore-figlio e figlio-genitore, tra fratelli e nella famiglia allargata.</i></p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>d770 RELAZIONI INTIME</b></p> <p>Creare e mantenere relazioni strette o sentimentali tra individui, come tra marito e moglie, tra fidanzati o partner sessuali.</p> <p><i>Inclusioni: relazioni romantiche, coniugali e sessuali</i></p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	
<b>TOTALE D7 =</b>			
<b>D8. AREE DI VITA PRINCIPALI</b>			

<p><b>d820 ISTRUZIONE SCOLASTICA</b></p> <p>Avere accesso all'istruzione scolastica, impegnarsi in tutte le responsabilità e i privilegi correlati alla scuola, e apprendere il materiale del corso, gli argomenti e le altre richieste del curriculum in un programma educativo della scuola primaria o secondaria, incluso frequentare regolarmente la scuola, lavorare in maniera cooperativa con altri studenti, ricevere istruzioni dagli insegnanti, organizzare, studiare e completare i compiti e i progetti assegnati, e avanzare a livelli successivi di istruzione.</p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>d825 FORMAZIONE PROFESSIONALE</b></p> <p>Impegnarsi in tutte le attività di formazione professionale e apprendere il materiale del curriculum in previsione di intraprendere un mestiere, un lavoro o una professione.</p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>d860 TRANSAZIONI ECONOMICHE SEMPLICI</b></p> <p>Impegnarsi in ogni forma di transazione economica semplice, come usare denaro per comprare del cibo o usare il baratto, scambiarsi beni o servizi, o risparmiare denaro.</p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	
<b>TOTALE D8 =</b>			
<b>D9. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITÀ</b>			
<p><b>d910 VITA NELLA COMUNITA'</b></p> <p>Impegnarsi in tutti gli aspetti della vita sociale della comunità, come impegnarsi in organizzazioni caritatevoli, circoli o organizzazioni sociali professionali.</p> <p><i>Inclusioni: associazioni informali e formali; cerimonie</i>  <i>Esclusioni: lavoro non retribuito (d855); ricreazione e tempo libero (d920); religione e spiritualità (d930); vita politica e cittadinanza (d950)</i></p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>d920 RICREAZIONE E TEMPO LIBERO (solo in termini di</b></p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p>	

capacità)	1 <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
<p>Impegnarsi in qualsiasi forma di gioco o di attività ricreativa e legata al tempo libero, come giochi e sport informali o organizzati, programmi per migliorare la forma fisica, rilassamento, divertimento o svago, visitare gallerie d'arte, musei, cinema o teatri; impegnarsi in artigianato o hobby, leggere per piacere personale, suonare strumenti musicali; fare visite turistiche, turismo e viaggi di piacere.</p> <p><b>Inclusioni:</b> giochi, sport, arte e cultura, artigianato, hobby e socializzazione</p> <p><b>Esclusioni:</b> cavalcare animali per farsi trasportare (d480); lavoro retribuito e non retribuito (d850 e 855); coinvolgimento nel gioco (d880); religione e spiritualità (d930); vita politica e cittadinanza (d950).</p>	2 <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>
	3 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
	4 <input type="checkbox"/>	
	n.s. <input type="checkbox"/>	
	n.a. <input type="checkbox"/>	
	<b>TOTALE D9 =</b>	

OGNI ALTRA ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE CHE SI RITIENE EVIDENZIARE (tali suggerimenti generano un punteggio da considerarsi in sostituzione e non in aggiunta al punteggio complessivo del singolo punto d.xxx della CHECK-LIST precedente)	<i>Grado di limitazione dell'attività</i>	<i>Fonte dati</i>	<i>Note</i>

## SINTESI VALUTAZIONE ASPETTI SANITARI

### 1) apprendimento e applicazione della conoscenza:

0 - 4	5 - 14	15 - 28
0	1	2

### 2) compiti e richieste generali:

0-2	3 - 5	6 - 8
0	1	2

### 3) comunicazione:

0 - 4	5- 14	15 - 24
0	1	2

### 4) mobilità:

0 - 4	5 - 19	20 - 32
0	1	2

### 5) cura della propria persona:

0 - 3	4 - 7	8 - 12
0	1	2

### 6) vita domestica:

0-2	3 - 4
0	1

**7) interazioni e relazioni interpersonali:**

0 - 9	10 - 20
0	1

**8) aree di vita principali:**

0 - 4	5 - 12
0	1

**9) vita sociale, civile e di comunità:**

0-1	2-4
0	1

<b>Totale punteggio sanitario</b>	
-----------------------------------	--

I valutatori	Nome e cognome	Firma leggibile
Medico		
Operatore sanitario (specificare)		
Altro (specificare)		
Altro (specificare)		

**Eventuali osservazioni**

---

---

---

---

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

## Attribuzione punteggi ai fini dell'intensità assistenziale

Per Progetto Residenziale e per Progetto Semiresidenziale

VALORE NUMERICO	INTENSITÀ ASSISTENZIALE
11-14	ALTA
7-10	MEDIA
5-6	BASSA
0-4	non attribuibile

## Attribuzione punteggi ai fini dell'intensità assistenziale

Per Progetto Domiciliare e per Progetto di Educativa Territoriale

VALORE NUMERICO	INTENSITÀ ASSISTENZIALE
> 18	ALTA
10-18	MEDIA
4-9	BASSA

Data e luogo di valutazione		Note
Domicilio		
Struttura residenziale		
Reparto ospedaliero		
Lungodegenza		
CAVS		
Sede UMVD		
Altro (specificare) .....		

## PROPOSTA DI PROGETTO INDIVIDUALE

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Valutatore sanitario \_\_\_\_\_

Valutatore sociale \_\_\_\_\_

Problema/i rilevato/i \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Obiettivo/i \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### TIPOLOGIA DI PROGETTO PROPOSTO

RESIDENZIALE       temporaneo       a tempo indeterminato

SEMIRESIDENZIALE

DOMICILIARE       EDUCATIVA TERRITORIALE

Eventuali osservazioni della persona esaminata o del suo rappresentante:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I valutatori	Nome e cognome	Firma leggibile
Medico		
Infermiere		
Assistente Sociale del Servizio Sociale Professionale Aziendale del ASL (SSPA)		
Assistente Sociale del Comune/Ente Gestore		
Educatore Professionale ASL		
Educatore Professionale Comune/Ente Gestore		
Altro (specificare)		
Altro (specificare)		

Luogo e data \_\_\_\_\_



UMVD ASL: ..... Distretto ..... Comune/Ente gestore: .....

### RIEPILOGO DELLA VALUTAZIONE INTEGRATA

Cognome e Nome.....

Prima valutazione     Rivalutazione

#### PUNTEGGIO TOTALE

<b>Aspetti Sociali</b> (max. 14)	Punti .....
<b>Aspetti Sanitari</b> (max. 14)	Punti .....
<b>TOTALE</b> (intervallo 0 - 28)	Punti .....

Conclusioni della valutazione:

---

---

---

---

UMVD ASL: ..... Distretto ..... Comune/Ente gestore: .....

### TIPOLOGIA DEL PROGETTO INDIVIDUALE

#### Tipo di priorità

- Persona con malattia terminale o con grave patologia progressiva
- Persona handicappata in condizione di gravità (ex Legge 104/92) o titolare di indennità di accompagnamento
- Persona con progetto di de-istituzionalizzazione
- Urgente stato di assistenza a seguito mancanza caregiver

#### Tipologia di Progetto

- RESIDENZIALE             temporaneo             a tempo indeterminato
- SEMIRESIDENZIALE
- DOMICILIARE             EDUCATIVA TERRITORIALE

#### OSSERVAZIONI DELLA PERSONA ESAMINATA E/O DEL SUO RAPPRESENTANTE

---

---

---

I componenti dell'UMVD	Nome e cognome	Firma leggibile
Il Copresidente		
Il Copresidente		
Assistente Sociale del SSPA		
Assistente Sociale del Comune/Ente Gestore		
Educatore dell'ASL		
Educatore del Comune/Ente Gestore		
Il Medico del Distretto		
Il Medico Specialista (specificare: SERD; Psichiatria)		
Infermiere		
Altro (specificare)		

Firma dell'interessato o del suo rappresentante \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

UMVD ASL: ..... Distretto.....Comune/Ente gestore: .....

## DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ ASSISTENZIALE RESIDENZIALE

Cognome e Nome.....

Punteggio valutazione sanitaria	
---------------------------------	--

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti.

L'UMVD ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

<b>Punteggio aspetti sanitari</b>	5 - 6	7 - 10	11 - 14
<b>Intensità Assistenziale</b>	Bassa	Media	Alta
<b>Esito</b>			

**Motivazione**

---

---

---

---

I componenti dell'UMVD	Nome e cognome	Firma leggibile
Il Copresidente		
Il Copresidente		
Assistente Sociale del SSPA		
Assistente Sociale del Comune/Ente Gestore		
Educatore dell'ASL		
Educatore del Comune/Ente Gestore		
Il Medico del Distretto		
Il Medico Specialista (specificare: SERD; Psichiatria)		
Infermiere		
Altro (specificare)		

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

## DEFINIZIONE DELL'INTENSITÀ ASSISTENZIALE SEMIRESIDENZIALE

---

Cognome e Nome.....

Punteggio valutazione sanitaria	
---------------------------------	--

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti.

L'UMVD ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

<b>Punteggio aspetti sanitari</b>	5 - 6	7 - 10	11 -14
<b>Intensità Assistenziale</b>	Bassa	Media	Alta
<b>Esito</b>			

**Motivazione**

---

---

---

---

I componenti dell'UMVD	Nome e cognome	Firma leggibile
Il Copresidente		
Il Copresidente		
Assistente Sociale del SSPA		
Assistente Sociale del Comune/Ente Gestore		
Educatore dell'ASL		
Educatore del Comune/Ente Gestore		
Il Medico del Distretto		
Il Medico Specialista (specificare: SERD; Psichiatria)		
Infermiere		
Altro (specificare)		

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

UMVD ASL: ..... Distretto.....Comune/Ente gestore: .....

**DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ ASSISTENZIALE DOMICILIARE**

Cognome e Nome.....

Punteggio condizione abitativa	
Punteggio condizione familiare	
Punteggio condizione assistenziale	
Punteggio valutazione sanitaria	
<b>Totale</b>	

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti.

L'UMV ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

<b>Punteggio</b>	4 - 9	10 - 18	> 18
<b>Intensità Assistenziale</b>	Bassa	Media	Alta
<b>Esito</b>			

**Motivazione** \_\_\_\_\_

I componenti dell'UMVD	Nome e cognome	Firma leggibile
Il Copresidente		
Il Copresidente		
Assistente Sociale del SSPA		
Assistente Sociale del Comune/Ente Gestore		
Educatore dell'ASL		
Educatore del Comune/Ente Gestore		
Il Medico del Distretto		
Il Medico Specialista (specificare: SERD; Psichiatria)		
Infermiere		
Altro (specificare)		

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

UMVD ASL: ..... Distretto.....Comune/Ente gestore: .....

## DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ ASSISTENZIALE DI EDUCATIVA TERRITORIALE

Cognome e Nome.....

<b>Punteggio condizione abitativa</b>	
<b>Punteggio condizione familiare</b>	
<b>Punteggio condizione assistenziale</b>	
<b>Punteggio valutazione sanitaria</b>	
<b>Totale</b>	

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti.

L'UMVD ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

<b>Punteggio</b>	4 - 9	10 - 18	> 18
<b>Intensità Assistenziale</b>	Bassa	Media	Alta
<b>Esito</b>			

**Motivazione** \_\_\_\_\_

<b>I componenti dell'UMVD</b>	<b>Nome e cognome</b>	<b>Firma leggibile</b>
Il Copresidente		
Il Copresidente		
Assistente Sociale del SSPA		
Assistente Sociale del Comune/Ente Gestore		
Educatore dell'ASL		
Educatore del Comune/Ente Gestore		
Il Medico del Distretto		
Il Medico Specialista (specificare: SERD; Psichiatria)		
Infermiere		
Altro (specificare)		

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

UMVD ASL: ..... Distretto.....Comune/Ente gestore: .....

## PROGETTO INDIVIDUALE

- RESIDENZIALE       temporaneo       a tempo indeterminato
- SEMIRESIDENZIALE
- DOMICILIARE       EDUCATIVA TERRITORIALE

---

SE PROGETTO       RESIDENZIALE       SEMIRESIDENZIALE:

Tipologia della Struttura \_\_\_\_\_

Denominazione Struttura \_\_\_\_\_

Codice STS.11 identificativo della Struttura \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Persona di riferimento della Struttura \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Risorse ECONOMICHE dedicate al progetto individuato:

	Tariffa totale (€ - IVA compresa)	di cui quota sanitaria (€ - IVA compresa)	di cui quota Utente/Comune/Ente Gestore (€- IVA compresa)
<input type="checkbox"/> retta giornaliera residenziale			
<input type="checkbox"/> retta giornaliera semiresidenziale			
<input type="checkbox"/> tariffa oraria totale			
<input type="checkbox"/> spesa mensile prevista (specificare _____)			

SE PROGETTO     DOMICILIARE     EDUCATIVA TERRITORIALE:

Case manager \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Risorse UMANE dedicate (specificare tipologia e tempo impegnato):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Risorse ECONOMICHE dedicate al progetto individuato:

<b>Risorsa umana (specificare)</b>	<b>(specificare)</b>		
_____	_____		
<b>Tipologia di tariffa</b>	<b>Costo totale (€ - IVA compresa)</b>	<b>di cui quota sanitaria (€ - IVA compresa)</b>	<b>di cui quota Utente/Comune/Ente Gestore (€- IVA compresa)</b>
<input type="checkbox"/> tariffa oraria totale			
<input type="checkbox"/> spesa mensile prevista			

<b>Risorsa umana (specificare)</b>	<b>(specificare)</b>		
_____	_____		
<b>Tipologia di tariffa</b>	<b>Costo totale (€ - IVA compresa)</b>	<b>di cui quota sanitaria (€ - IVA compresa)</b>	<b>di cui quota Utente/Comune/Ente Gestore (€- IVA compresa)</b>
<input type="checkbox"/> tariffa oraria totale			
<input type="checkbox"/> spesa mensile prevista			

<b>Risorsa umana (specificare)</b>	<b>(specificare)</b>		
_____	_____		
<b>Tipologia di tariffa</b>	<b>Costo totale (€ - IVA compresa)</b>	<b>di cui quota sanitaria (€ - IVA compresa)</b>	<b>di cui quota Utente/Comune/Ente Gestore (€- IVA compresa)</b>
<input type="checkbox"/> tariffa oraria totale			
<input type="checkbox"/> spesa mensile prevista			



<b>Risorsa umana (specificare)</b>	<b>(specificare)</b>		
<b>Tipologia di tariffa</b>	<b>Costo totale (€ - IVA compresa)</b>	<b>di cui quota sanitaria (€ - IVA compresa)</b>	<b>di cui quota Utente/Comune/Ente Gestore (€- IVA compresa)</b>
<input type="checkbox"/> <b>tariffa oraria totale</b>			
<input type="checkbox"/> <b>spesa mensile prevista</b>			

<b>Risorsa umana (specificare)</b>	<b>(specificare)</b>		
<b>Tipologia di tariffa</b>	<b>Costo totale (€ - IVA compresa)</b>	<b>di cui quota sanitaria (€ - IVA compresa)</b>	<b>di cui quota Utente/Comune/Ente Gestore (€- IVA compresa)</b>
<input type="checkbox"/> <b>tariffa oraria totale</b>			
<input type="checkbox"/> <b>spesa mensile prevista</b>			

**Note**

---



---

**Rivalutazione del progetto**  data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

<b>I componenti dell'UMVD</b>	<b>Nome e cognome</b>	<b>Firma leggibile</b>
Il Copresidente		
Il Copresidente		
Assistente Sociale del SSPA		
Assistente Sociale del Comune/Ente Gestore		
Educatore dell'ASL		
Educatore del Comune/Ente Gestore		
Il Medico del Distretto		
Il Medico Specialista (specificare: SERD; Psichiatria)		
Infermiere		
Altro (specificare)		

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

## SCHEDA Disabilità Gravissima (FNA - Fondo per le Non Autosufficienze)

<b>A</b>	<input type="checkbox"/>	<p>Persone in condizione di Coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) <math>\leq 10</math></p>
<b>B</b>	<input type="checkbox"/>	<p>Persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7)</p>
<b>C</b>	<input type="checkbox"/>	<p>Persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinica Dementia Rating Scale (CDRS) <math>\geq 4</math></p>
<b>D</b>	<input type="checkbox"/>	<p>Persone con lesioni spinali fra C1/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B</p>
<b>E</b>	<input type="checkbox"/>	<p>Persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo <math>\leq 1</math> ai quattro arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) <math>\geq 9</math>, o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod</p>
<b>F</b>	<input type="checkbox"/>	<p>Persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore</p>
<b>G</b>	<input type="checkbox"/>	<p>Persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5  <i>(Livello 3: richiede supporto molto sostanziale)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>comunicazione sociale: i gravi deficit nella comunicazione sociale, verbale e non verbale, causano una grave difficoltà nel funzionamento; iniziativa molto limitata nell'interazione sociale e minima risposta all'iniziativa altrui.</i></li> <li>- <i>Interessi ristretti e comportamenti ripetitivi: preoccupazioni, rituali fissi e/o comportamenti ripetitivi che interferiscono marcatamente con il funzionamento in tutte le sfere.</i></li> </ul> <p><i>Stress marcato quando i rituali o le routine sono interrotti; è molto difficile distogliere il soggetto dal suo focus di interesse e se ciò avviene egli ritorna rapidamente ad esso)</i></p>
<b>H</b>	<input type="checkbox"/>	<p>Persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI <math>\leq 34</math> e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) <math>\leq 8</math></p>

		<b>Ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche. Come segue:</b>
<b>I</b>	<input type="checkbox"/>	<b>I 1</b>  Persona con dipendenza nelle seguenti funzioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>• motricità:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività svolta completamente da un'altra persona</li> </ul> </li> <li>• respirazione:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- necessità di aspirazione quotidiana</li> <li>- presenza di tracheostomia</li> </ul> </li> </ul>
	<input type="checkbox"/>	<b>I 2</b>  Persona con dipendenza nelle seguenti funzioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>• motricità:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività completamente da un'altra persona</li> </ul> </li> <li>• nutrizione:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi</li> <li>- combinata orale e enterale /parenterale</li> <li>- solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)</li> <li>- solo tramite gastrostomia (es. PEG)</li> <li>- solo parenterale attraverso catetere venoso centrale (CVC)</li> </ul> </li> </ul>
	<input type="checkbox"/>	<b>I 3</b>  Persona con dipendenza nelle seguenti funzioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>• stato di coscienza:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- compromissione severa: raramente/mai prende decisioni</li> <li>- persona non cosciente</li> </ul> </li> <li>• respirazione:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- necessità di aspirazione quotidiana</li> <li>- presenza di tracheostomia</li> </ul> </li> </ul>
	<input type="checkbox"/>	<b>I 4</b>  Persona con dipendenza nelle seguenti funzioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>• stato di coscienza:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- compromissione severa: raramente/mai prende decisioni</li> <li>- persona non cosciente</li> </ul> </li> <li>• nutrizione:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi</li> <li>- combinata orale e enterale /parenterale</li> <li>- solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)</li> <li>- solo tramite gastrostomia (es. PEG)</li> <li>- solo parenterale attraverso catetere venoso centrale (CVC)</li> </ul> </li> </ul>

## SCALE PER LA VALUTAZIONE DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA

(DM 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, art. 3, c. 2)

**Glasgow Coma Scale** (articolo 3, comma 2, lettera a)

Teasdale G, Jennett B. (1974). "Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale."

Lancet 13 (2): 81-4

<b>Apertura occhi</b>	Spontanea	4
	Agli stimoli verbali	3
	Solo al dolore	2
	Nessuna risposta	1
<b>Risposta verbale</b>		
	Orientata appropriata	5
	Confusa	4
	Con parole inappropriate	3
	Con parole incomprensibili	2
	Nessuna risposta	1
<b>Risposta Motoria</b>		
	Obbedisce al comando	6
	Localizza gli stimoli dolorosi	5
	Si ritrae in risposta al dolore	4
	Flette gli arti superiori in risposta al dolore	3
	Estende gli arti superiori in risposta al dolore	2
	Nessuna risposta	1

**Clinical Dementia Rating Scale (CDR) estesa** (articolo 3, comma 2, lettera c)

Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W. L., et al (1982). "A new clinical scale for the staging of dementia.". British Journal of Psychiatry, 140, 566-572

	<b>NORMALE CDR 0</b>	<b>DEMENZA DUBBIA CDR 0.5</b>	<b>DEMENZA LIEVE CDR 1</b>	<b>DEMENZA MODERATA CDR 2</b>	<b>DEMENZA GRAVE CDR 3</b>
<b>Memoria</b>	Memoria adeguata o smemorata occasionale	Lieve smemorata permanente; rievocazione di eventi	Perdita memoria modesta per eventi recenti; interferenza attività quotidiane	Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente	Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti
<b>Orientamento</b>	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
<b>Giudizio soluzione problemi</b>	Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia compromissione nella soluzione di problemi; analogie differenze	Difficoltà moderata; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato	Difficoltà severa esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
<b>Attività sociali</b>	Attività indipendente e livelli usuali ne lavoro, acquisti, pratiche burocratiche	Solo dubbia compromissione nelle attività descritte	Incapace di compiere indipendentemente le attività, ad esclusione di attività facili	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. In grado di essere portato fuori casa	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. Non in grado di uscire
<b>Casa e hobby</b>	Vita domestica e interessi intellettuali conservati	Vita domestica e interessi intellettuali lievemente compromessi	Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono hobbies ed interessi	Interessi ridotti, non sostenuti, vita domestica ridotta a funzioni semplici	Nessuna funzionalità fuori dalla propria camera
<b>Cura personale</b>	Interamente capace di curarsi della propria persona	Richiede facilitazione	Richiede aiuto per vestirsi, igiene, utilizzazione effetti personali	Richiede molta assistenza per cura personale; non incontinenza urinaria	Richiede molta assistenza per cura personale; incontinenza urinaria

**CDR 4: DEMENZA MOLTO GRAVE**

Il paziente presenta severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo, nel controllare la funzione intestinale o vescicale.

**CDR 5: DEMENZA TERMINALE**

Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente.

### **Clinical Dementia Rating Scale: determinazione del punteggio**

Per ottenere il punteggio della CDR è necessario disporre di informazioni raccolte da un familiare o da un operatore che conosce il soggetto e di una valutazione delle funzioni cognitive del paziente, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- 1) memoria;
- 2) orientamento temporale e spaziale;
- 3) giudizio ed astrazione;
- 4) attività sociali e lavorative;
- 5) vita domestica, interessi ed hobby;
- 6) cura della propria persona.

In base al grado di compromissione viene assegnato un punteggio variabile tra 0 - 0.5 - 1 - 2 e 3:

- 0 = normale;
- 0.5 = dubbia compromissione;
- 1 = compromissione lieve;
- 2 = compromissione moderata;
- 3 = compromissione severa.

Ogni aspetto va valutato in modo indipendente rispetto agli altri. La memoria è considerata categoria primaria; le altre sono secondarie. Se almeno tre categorie secondarie ottengono lo stesso punteggio della memoria, allora il CDR è uguale al punteggio ottenuto nella memoria. Se tre o più categorie secondarie ottengono un valore più alto o più basso della memoria, allora il punteggio della CDR corrisponde a quello ottenuto nella maggior parte delle categorie secondarie. Qualora due categorie ottengano un valore superiore e due un valore inferiore rispetto a quello ottenuto dalla memoria, il valore della CDR corrisponde a quello della memoria.

La scala è stata successivamente estesa per classificare in modo più preciso gli stadi più avanzati della demenza (Hayman et al, 1987). I pazienti possono essere perciò classificati in stadio 4 (demenza molto grave) quando presentano severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da soli, nel controllare la funzione intestinale o vescicale. Sono classificati in stadio 5 (demenza terminale) quando richiedono assistenza totale perché completamente incapaci di comunicare, in stato vegetativo, allettati, incontinenti.

**ASIA Impairment Scale (AIS)** (articolo 3, comma 2, lettera d)  
American Spinal Injury Association, <https://asia-spinalinjury.org>

<b>A = completa</b>	Deficit sensitivo e motorio completo a livello S4-S5
<b>B = incompleta</b>	Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include S4-S5
<b>C = incompleta</b>	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a 3
<b>D = incompleta</b>	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e almeno la metà dei muscoli chiave ha una validità uguale o superiore a 3
<b>E = normale</b>	Nessun deficit neurologico (non ipovalidità muscolare, sensibilità integra, non disturbi sfinterici, ma possibili alterazioni dei riflessi)

---

**Bilancio muscolare complessivo alla scala del Medical Research Council (MRC)**  
(articolo 3, comma 2, lettera e)

Forza muscolare

La forza muscolare nei vari distretti muscolari viene valutata con la scala MRC (valori da 5 a 0):

- 5/5 alla scala MRC: movimento possibile contro resistenza massima;
- 4/5 alla scala MRC: movimento possibile solo contro resistenza minima;
- 3/5 alla scala MRC: movimento possibile solo contro gravità;
- 2/5 alla scala MRC: movimento possibile solo in assenza di gravità;
- 1/5 alla scala MRC: accenno al movimento;
- 0/5 alla scala MRC: assenza di movimento.

---

**Scala di Hoehn e Yahr** (articolo 3, comma 2, lettera e)

La scala di Hoehn e Yahr è utile per definire lo stadio clinico del paziente affetto da morbo di Parkinson:

Stadio 1: Malattia unilaterale;

Stadio 2: Malattia bilaterale senza coinvolgimento dell'equilibrio;

Stadio 3: Malattia da lieve a moderata, qualche instabilità posturale indipendente;

Stadio 4: Malattia conclamata, ancora in grado di deambulare autonomamente;

Stadio 5: Paziente costretto a letto o in sedia a rotelle.

**Expanded Disability Status Scale (EDSS)** (articolo 3, comma 2, lettera e)

<b>Punteggio EDSS</b>	<b>Caratteristiche cliniche</b>
1 - 3,5	Paziente deambulante, ma sono presenti deficit neurologici evidenti in diversi sistemi funzionali (motorio, sensitivo, cerebellare, visivo, sfinterico) di grado lieve-moderato, con un impatto parziale sull'autonomia.
4	Paziente autonomo, deambulante senza aiuto e senza riposo, per circa 500 metri.
4,5	Paziente autonomo, con minime limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 300 metri.
5	Paziente non del tutto autonomo, con modeste limitazioni dell'attività completa quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 200 metri.
5,5	Paziente non del tutto autonomo, con evidenti limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 100 metri.
6	Paziente che necessita di assistenza saltuaria o costante da un lato per percorrere 100 metri senza fermarsi.
6,5	Paziente che necessita di assistenza bilaterale costante, per camminare 20 metri senza fermarsi.
7	Paziente non in grado di camminare per più di 5 metri, anche con aiuto, e necessita di sedia a rotelle, riuscendo però a spostarsi dalla stessa da solo.
7,5	Paziente che può muovere solo qualche passo. È obbligato all'uso della carrozzella, e può aver bisogno di aiuto per trasferirsi dalla stessa.
8	Paziente che è obbligato a letto non per tutta la giornata o sulla carrozzella. In genere, usa bene una o entrambe le braccia.
8,5	Paziente essenzialmente obbligato a letto. Mantiene alcune funzioni di autoassistenza, con l'uso abbastanza buono di una o entrambe le braccia.
9	Paziente obbligato a letto e dipendente. Può solo comunicare e viene alimentato.
9,5	Paziente obbligato a letto, totalmente dipendente.
10	Morte dovuta alla malattia.



ITEM	Livelli	Punteggio
<b>Alimentazione</b>	Viene alimentato, cibo di consistenza modificata	0
	Viene alimentato, cibo di consistenza ordinaria	1
	Porta il cibo alla bocca (con o senza supervisione o assistenza)	2
<b>Controllo sfinterico</b>	Non riesce a segnalare necessità di evacuazione né eventuali perdite (vescicali o intestinali)	0
	Riesce a segnalare necessità di evacuazione o eventuali perdite (vescicali o intestinali)	1
<b>Comunicazione</b>	Riesce a segnalare alcuni bisogni, attraverso un comportamento aspecifico o stereotipato	0
	Riesce a segnalare alcuni bisogni identificabili da comportamenti specifici	1
	Comunica bisogni verbalmente	2
<b>Manipolazione</b>	Manipolazione assente, oppure reazione di afferramento	0
	Afferramento palmare spontaneo	1
	Utilizza la pinza pollice-indice	2
<b>Vestizione</b>	Vestizione Passiva	0
	Si sforza di dare una qualche collaborazione	1
<b>Locomozione</b>	Stazionario anche su sedia o carrozzina	0
	Si trasferisce nell'ambiente	1
<b>Orientamento spaziale</b>	Non ha orientamento spaziale	0
	Si orienta in ambienti familiari	1
	Si orienta al di fuori del suo ambiente familiare (casa, reparto assistenziale)	2
<b>Prassie</b>	Nessuna prassia, oppure movimenti a finalistici e stereotipati	0
	Realizza prodotti plastici o grafici (incastra, connette, plasma e colora) oppure pilota una carrozzina manualmente	1
	Disegna o pilota una carrozzina elettrica	2

Azienda Sanitaria Locale _____ Distretto sanitario _____ _____	Comune/Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali _____
--	--

### Moduli della Cartella Disabilità MINORI

- SCHEDA ANAGRAFICA E INFORMATIVA	<input type="checkbox"/>
- RICHIESTA DI VALUTAZIONE / RIVALUTAZIONE SOCIO-SANITARIA	<input type="checkbox"/>
- VALUTAZIONE ASPETTI SOCIALI	<input type="checkbox"/>
- VALUTAZIONE ASPETTI SANITARI	<input type="checkbox"/>
- PROPOSTA DI PROGETTO INDIVIDUALE - TIPOLOGIA DEL PROGETTO PROPOSTO	<input type="checkbox"/>
- DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ RESIDENZIALE	<input type="checkbox"/>
- DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ SEMIRESIDENZIALE	<input type="checkbox"/>
- DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ DOMICILIARE	<input type="checkbox"/>
- DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ DI EDUCATIVA TERRITORIALE	<input type="checkbox"/>
- SINTESI DEL PROGETTO INDIVIDUALE	<input type="checkbox"/>
- SCHEDA FNA	<input type="checkbox"/>

**Nota:**

La Cartella è modulare, pertanto spuntando i moduli che via via si utilizzano, si compone la Cartella medesima.

# UNITÀ MULTIDISCIPLINARE VALUTAZIONE DISABILITÀ (UMVD-MINORI)

## SCHEDA ANAGRAFICA E INFORMATIVA

Compilazione a cura di:

Sportello Unico Socio-Sanitario  Punto Unico di Accesso (PUA)

Sportello Sociale  Segreteria U.M.V.D.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

stato civile \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

titolo di studio \_\_\_\_\_

Frequenza scolastica in corso:

Asilo Nido  Scuola Infanzia

Scuola Primaria  Scuola Sec.Inf.

Scuola Sec.Sup.

Formazione Prof.le

Altro ..... Nessuna

Occupabilità:

Iscrizione C.P.I.  Ins.Lavorativo

Ins. Socializzante  Presso: .....

.....

.....

Altro .....

.....

Persona con handicap (ex art.3 L.104/1992)  
Connotazione di gravità

Sì  No  Domanda in corso  dal .....

Sì  No

Invalidità civile

Sì  percentuale ..... No

domanda in corso  dal .....

Cecità

Sì  No

Sordità

Sì  No

L 68/1999 Collocamento lavorativo mirato

Sì  No

Altra invalidità (specificare)

Sì  No

Ha presentato domanda di (specificare)

.....

Indennità di accompagnamento

Sì  No

Domanda in corso  dal.....

Indennità concessa a titolo di minorazione

Sì  No

quale .....dal.....

quale ..... dal .....

quale .....dal .....

Domanda in corso  dal.....

Esiste un: tutore  curatore

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ rec. tel. \_\_\_\_\_

La domanda è presentata in data ..... / ..... / ..... da:

familiare (specificare).....  tutore  procuratore

altri (specificare).....

**I dati e le informazioni sono stati forniti da**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

Persona di riferimento (se diversa da chi ha fornito le informazioni)  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

Pediatra di Libera Scelta \_\_\_\_\_  
 Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_  
Recapiti telefonici \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Già in carico al Servizio Sociale** Sì  dal ..... No

Servizio Sociale competente \_\_\_\_\_

Assistente Sociale (cognome e nome) \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Educatore (cognome e nome) \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**Già in carico al SSR** Sì  dal ..... No

Servizio/Servizi sanitari competenti \_\_\_\_\_

Medico specialista (cognome, nome e specialità) \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Operatore sanitario (cognome, nome e qualifica) \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Medico specialista (cognome, nome e specialità) \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Operatore sanitario (cognome, nome e qualifica) \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Altro (specialisti di fiducia) \_\_\_\_\_

Data e luogo previsti per la valutazione		Note
Domicilio	<input type="checkbox"/> ___ / ___ / _____	
Struttura residenziale	<input type="checkbox"/> ___ / ___ / _____	
Reparto ospedaliero	<input type="checkbox"/> ___ / ___ / _____	
Lungodegenza	<input type="checkbox"/> ___ / ___ / _____	
Sede UMVD	<input type="checkbox"/> ___ / ___ / _____	
Altro (specificare:.....)	<input type="checkbox"/> ___ / ___ / _____	

**Richiesta di valutazione/rivalutazione socio-sanitaria**  
da presentare in duplice copia  
una copia verrà restituita con data, timbro e firma dell'operatore di accettazione

**ALLA UNITÀ MULTIDISCIPLINARE VALUTAZIONE DISABILITÀ (UMVD-Minori) dell'ASL**  
\_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_  
**(Sportello Unico Socio-sanitario / Punto Unico di Accesso (PUA) / Segreteria UMVD)**

**Alla consegna presentarsi con documento di identità valido dell'interessato e, in caso di altra persona, anche del proprio**

**RICHIESTA**

di **Valutazione Multidimensionale Sociosanitaria**

di **Rivalutazione sociale**  **sanitaria**  **sociosanitaria**

al fine della definizione o ridefinizione di un Progetto socio-sanitario  
**per il minore (Cognome e nome)** \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

La richiesta è avanzata dal:

genitore/i o familiare esercente/i la responsabilità genitoriale (specificare).....  
 tutore  altri (specificare).....

**Sig/ra** \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

**Sig/ra** \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto/i è altresì consapevole/i che la presente domanda deve essere corredata dell'Espressione di Consenso al trattamento dei dati, a firma di entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale del minore destinatario della valutazione socio-sanitaria (salvo nei casi di tutore).**

**In assenza del Consenso al trattamento dei dati non si potrà procedere alla valutazione/rivalutazione socio-sanitaria.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Timbro e firma di chi riceve l'istanza)

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile di chi presenta l'istanza)

**INFORMATIVA E CONSENSO SUL TRATTAMENTO DEI DATI  
PERSONALI E DEI DATI PARTICOLARI (SENSIBILI) INERENTI  
ALLA SALUTE: allegare modulo previsto dalla UMVD aziendale**



## 1. CONDIZIONI ABITATIVE

Deve essere valutata la condizione abitativa della famiglia di provenienza.

Questa parte non viene compilata in caso di persona già ricoverata in struttura attribuendo punteggio 1 all'area abitativa.

<b>È previsto uno sfratto o sgombero definitivo o assenza di soluzione abitativa</b> <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>		
*Se sì: punteggio finale massimo delle condizioni abitative = 10;		
Centro abitato con servizi tutti facilmente raggiungibili dall'interessato (Negozzi, Farmacia, Posta, Scuole, Asili, Serv. Sanitari, Serv. Sociali, ...)	0	
Centro abitato con anche solo quattro dei servizi sopramenzionati difficilmente raggiungibili o non presenti	1	
Isolato e/o impossibilità totale da parte dell'interessato ad accedere ai servizi	2	
<i>Subtotale</i>		
<b>Condizioni igienico-ambientali:</b>		
Buone	0	
Scadenti	1	
Pessime	2	
<i>Subtotale</i>		
<b>Servizi Igienici:</b>		
Adeguati	0	
Non adeguati /assenti	1	
<i>Subtotale</i>		
<b>Riscaldamento:</b>		
Autonomo / centrale	0	
Stufa	1	
Assenza riscaldamento	2	
<i>Subtotale</i>		
<b>Presenza di barriere architettoniche:</b>		
No	0	
Sì, interne	1	
Sì, esterne	1	
<i>Subtotale</i>		
<b>TOTALE CONDIZIONI ABITATIVE</b>		



## 2. CONDIZIONI ECONOMICHE

In attesa della definizione regionale, ai sensi dell'art. 40 della l.r. 1/2004, di criteri uniformi di valutazione della situazione economica rilevante si ritiene opportuno, individuare, quale ISEE da considerare nel percorso di valutazione, l'ISEE socio-sanitario per le prestazioni socio-sanitarie, o, qualora non fosse ancora concluso l'iter per il riconoscimento dell'invalidità civile, l'ISEE ordinario.

Per l'accesso alla prestazione agevolata dell'integrazione della quota della retta residenziale a carico dell'utente, per graduare l'entità della contribuzione prevista (o per disporre l'esclusione da tale contribuzione), si rinvia alla DGR n. 10-881 del 12 gennaio 2015 "Linee guida per la gestione transitoria dell'applicazione della normativa ISEE di cui al DPCM 5 dicembre 2013, n. 159" ed occorre considerare l'ISEE socio-sanitario residenziale.

## **3. CONDIZIONI FAMILIARI**

Dati relativi al contesto familiare di provenienza del minore oggetto di valutazione

Esistono parenti o persone di riferimento:    Sì     No

<b>Descrizione dei conviventi:</b>		
Cognome e nome	età	grado di parentela / altro
<b>Descrizione dei NON conviventi:</b>		
Cognome nome - grado di parentela / altro - residenza - telefono	età	vivono nello
		<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stessa città <input type="checkbox"/> Altrove
		<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stessa città <input type="checkbox"/> Altrove
		<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stessa città <input type="checkbox"/> Altrove
		<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stessa città <input type="checkbox"/> Altrove
		<input type="checkbox"/> Stesso stabile <input type="checkbox"/> Stesso quartiere <input type="checkbox"/> Stessa città <input type="checkbox"/> Altrove

<b>A) MINORE SOLO * SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></b>	
Se minore solo/in condizione di abbandono/grave pregiudizio con provvedimento dell'autorità giudiziaria: non si compilano le domande da B1 a C3, si attribuisce il punteggio massimo (20) e si passa alla valutazione delle CONDIZIONI ASSISTENZIALI (Area 4)	
<b>B) MINORE INSERITO IN CONTESTO DI RETE FAMILIARE CONVIVENTE</b>	
<b>VALUTAZIONE CONVIVENTI (COMPILARE 1 SOLA VOCE, LA PIÙ SIGNIFICATIVA)</b>	
B1) Presenza del/i genitori/ altra persona convivente valutato non autosufficiente e/o con problemi di dipendenza e/o disturbi psichiatrici	11
B2) Problemi del/i genitori /persona convivente con problemi sanitari, episodi acuti, elevata età ecc.)	11

B3) Grave affaticamento del care-giver/genitore derivante dal lavoro di cura								
<b>Caregiver burden inventory - Cbi</b>								
Tipo di Carico	Item a cui al caregiver principale si chiede di rispondere	Per nulla	Poco	Moderatamente	Parecchio	Molto	VALORE SCELTO	Punteggio
Temporale	T-D1. Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane	0	1	2	3	4		Max 7 punti
	T-D2. Il mio familiare è dipendente da me	0	1	2	3	4		
	T-D3. Devo vigilarlo costantemente	0	1	2	3	4		
	T-D4. Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici)	0	1	2	3	4		
	T-D5. Non riesco ad avere un minuto di libertà dai compiti di assistenza	0	1	2	3	4		
Evolutivo	S6. Sento che mi sto perdendo vita	0	1	2	3	4		
	S7. Desidererei poter fuggire da questa situazione	0	1	2	3	4		
	S8. La mia vita sociale ne ha risentito	0	1	2	3	4		
	S9. Mi sento emotivamente svuotato/a a causa del mio ruolo di assistente	0	1	2	3	4		
	S10. Mi sarei aspettato/a qualcosa di diverso a questo punto della mia vita	0	1	2	3	4		
Fisico	F11. Non riesco a dormire a sufficienza	0	1	2	3	4		
	F12. La mia salute ne ha risentito	0	1	2	3	4		
	F13. Il compito di assisterlo mi ha reso/a più fragile di salute	0	1	2	3	4		
	F14. Sono fisicamente stanco/a	0	1	2	3	4		
Sociale	D15. Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto	0	1	2	3	4		
	D16. I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari	0	1	2	3	4		
	D17. Ho avuto problemi con il coniuge	0	1	2	3	4		
	D18. Sul lavoro non rendo come di consueto	0	1	2	3	4		
	D19. Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno	0	1	2	3	4		
Emotivo	E20. Mi sento in imbarazzo a causa del comportamento del mio familiare	0	1	2	3	4		
	E21. Mi vergogno di lui/lei	0	1	2	3	4		
	E22. Provo del risentimento nei suoi confronti	0	1	2	3	4		
	E23. Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa	0	1	2	3	4		
	E24. Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi	0	1	2	3	4		

<b>Intensità di Carico</b> LEGENDA CUT-OFF:	
0-16= 1; 17-33=2;34-49=3;35-65=4;66-79=5;80-89=6;90-96=7	

B4) Problemi del/i genitore/i a svolgere lavoro di cura per impegni lavorativi o avvenimenti particolari	7	
B5) Dinamiche relazionali altamente problematiche all'interno del nucleo	9	
Subtotale		
<b>VALUTAZIONE DELLA RETE FAMILIARE NON CONVIVENTE</b>		
B6) Non ci sono altri familiari che svolgano il lavoro di cura, pur al di fuori della rete familiare convivente (alternativo al B7)	9	
B7) Ci sono altri familiari al di fuori della rete familiare convivente, che sono in grado di supportare mediamente il disabile (alternativo al B6)	4	
Subtotale		
<b>C) CONDIZIONI LEGATE ALL'AMBIENTE DI VITA</b>		
C1) Perdita Di Una Relazione Affettiva (non necessariamente legata al grado parentale):		
Non ha avuto perdite	0	
Perdita scarsamente significativa	1	
Perdita abbastanza significativa	2	
Perdita mediamente significativa	3	
Perdita molto significativa	4	
Subtotale		
C2) Bersaglio di discriminazione e persecuzione:		
Non è bersaglio	0	
Lo è molto saltuariamente	1	
Lo è mediamente (settimanalmente)	2	
Lo è frequentemente (giornalmente)	3	
Lo è molto frequentemente anche con bullismo	4	
Subtotale		
C3) Rete sociale della famiglia		
Rete sociale soddisfacente*	0	
Rete sociale sufficiente**	1	
Rete sociale insoddisfacente***	2	
Rete sociale deficitaria: ha la possibilità e non la coglie	3	
Non ha possibilità di una rete sociale	4	
Subtotale		
<b>TOTALE</b>		

## LEGENDA

\* Soddisfacente: se i bisogni sono soddisfatti in pieno dai familiari e/ o dalla rete informale (v. tabella p. 16)

\*\* Sufficiente: se i bisogni sono parzialmente soddisfatti dai familiari e/o dalla rete informale (v. tabella p. 16)

\*\*\* Insufficiente: se i bisogni non sono soddisfatti dai familiari e/o dalla rete informale e si manifestano difficoltà (v. tabella p. 16)

#### 4. CONDIZIONI ASSISTENZIALI

(La compilazione della scheda 4A esclude la compilazione della scheda 4B e viceversa)

##### 4A. MINORE VALUTATO A DOMICILIO

Indicare i bisogni ed il loro grado di copertura da parte della rete familiare convivente:

PERFORMANCE (quello che l'individuo fa nel suo ambiente attuale)	
<u>Grado di limitazione dell'Attività:</u>	
<b>Nessuna difficoltà:</b> significa che il minore non presenta il problema.	0
<b>Difficoltà lieve:</b> 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.	1
<b>Difficoltà media:</b> 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.	2
<b>Difficoltà grave:</b> 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.	3
<b>Difficoltà completa:</b> significa che il problema è presente per più del 95% del tempo, con un'intensità che altera totalmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato quotidianamente negli ultimi 30 giorni.	4
<b>Non specificato:</b> significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione.	n.s.
<b>Non applicabile:</b> significa che non vi è stata occasione per raccogliere informazioni su un particolare codice	n.a.

Fonte dati, specificare se:

O=Osservazione; D=Documentazione Clinica; I=Intervista; E=Esame Obiettivo

CHECK-LIST ATTIVITÀ	Grado di limitazione dell'attività	Fonte dati	Note
<b>D5. CURA DELLA PROPRIA PERSONA</b>			
<p><b>d510 LAVARSI</b> Lavare e asciugare il proprio corpo o parti di esso, utilizzando acqua e materiali o metodi di pulizia e asciugatura adeguati, come farsi il bagno, fare la doccia, lavarsi le mani e i piedi, la faccia e i capelli e asciugarsi con un asciugamano. <i>Inclusioni:</i> lavare il proprio corpo o parti di esso e asciugarsi <i>Esclusioni:</i> prendersi cura di singole parti del corpo (d520); Bisogni corporali (d530).</p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<p><b>d520 PRENDERSI CURA DI SINGOLE PARTI DEL CORPO</b> Occuparsi di quelle parti del corpo, come la pelle, la faccia, i denti, il cuoio capelluto, le unghie e i genitali, che richiedono altre cure oltre il lavaggio e l'asciugatura. <i>Inclusioni:</i> curare la pelle, i denti, i capelli e i peli, le unghie delle mani e dei piedi <i>Esclusioni:</i> lavarsi (d510); Bisogni corporali (d530).</p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<p><b>d540 VESTIRSI</b> Eseguire le azioni coordinate e i compiti del mettersi e togliersi indumenti e calzature in sequenza e in accordo con le condizioni climatiche e sociali, come nell'indossare, sistemarsi e togliersi camicie, gonne, camicette, pantaloni, biancheria intima, sari, kimono, calze, cappelli, guanti, cappotti, scarpe, stivali, sandali e ciabatte. <i>Inclusioni:</i> mettersi e togliersi indumenti e calzature e scegliere l'abbigliamento appropriato.</p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<p><b>d550 MANGIARE</b> Eseguire i compiti e le azioni coordinati di mangiare il cibo che è stato servito, portarlo alla bocca e consumarlo in modi culturalmente accettabili, tagliare o spezzare il cibo in pezzi, aprire bottiglie e lattine, usare posate, consumare i pasti, banchettare.</p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>D6. VITA DOMESTICA</b>			
<p><b>d630 PREPARARE I PASTI</b> Pianificare, organizzare, cucinare e servire pasti semplici o complessi per sé e per altri, come preparare un menu, scegliere alimenti e bevande commestibili, mettere insieme gli ingredienti per preparare i pasti, cuocere utilizzando una fonte di calore e preparare cibi e bevande freddi, e servire i cibi. <i>Inclusioni:</i> preparare pasti semplici e complessi. <i>Esclusioni:</i> mangiare (d550); bere (d560); procurarsi beni e servizi (d620); fare i lavori di casa (d640); prendersi cura degli oggetti della casa (d650); assistere gli altri (d660).</p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<p><b>d640 FARE I LAVORI DOMESTICI</b> Gestire un contesto familiare pulendo la casa, lavando i vestiti, utilizzando elettrodomestici, riponendo i cibi ed eliminando l'immondizia, come nello scopare, spazzare, lavare i ripiani, le pareti e altre superfici; raccogliere ed eliminare l'immondizia di casa; riassetare le stanze, gli armadi e i cassetti; raccogliere, lavare, asciugare, piegare e stirare gli indumenti; pulire le scarpe; utilizzare scope, spazzole e aspirapolvere; utilizzare lavatrici, asciugatrici e</p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	

ferri da stiro. <b>Inclusioni:</b> lavare e asciugare abiti e indumenti; pulire l'area dove si cucina e gli utensili; pulire l'abitazione; utilizzare elettrodomestici, riporre ciò che serve quotidianamente e eliminare l'immondizia. <b>Esclusioni:</b> procurarsi un posto in cui vivere (d610); procurarsi beni e servizi (d620); preparare pasti (d630); prendersi cura degli oggetti della casa (d650); assistere gli altri (d660).			
<b>D8. AREE DI VITA PRINCIPALI</b>			
<b>d860 TRANSAZIONI ECONOMICHE SEMPLICI</b> Impegnarsi in ogni forma di transazione economica semplice, come usare denaro per comprare del cibo o usare il baratto, scambiarsi beni o servizi, o risparmiare denaro	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>D9. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITÀ</b>			
<b>d920 RICREAZIONE E TEMPO LIBERO</b> (in termini di partecipazione) Impegnarsi in qualsiasi forma di gioco o di attività ricreativa e legata al tempo libero, come giochi e sport informali o organizzati, programmi per migliorare la forma fisica, rilassamento, divertimento o svago, visitare gallerie d'arte, musei, cinema o teatri; impegnarsi in artigianato o hobby, leggere per piacere personale, suonare strumenti musicali; fare visite turistiche, turismo e viaggi di piacere. <b>Inclusioni:</b> gioco, sport, arte e cultura, artigianato, hobby e socializzazione <b>Esclusioni:</b> cavalcare animali per farsi trasportare (d480); lavoro retribuito e non retribuito (d850 e d855); religione e spiritualità (d930); vita politica e cittadinanza (d950).	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>Totale = punteggio/2 (max 32/2=16)</b>			

<b>OGNI ALTRA ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE CHE SI RITIENE EVIDENZIARE (tali suggerimenti generano un punteggio da considerarsi in sostituzione e non in aggiunta al punteggio complessivo del singolo punto d.xxx della CHECK-LIST precedente)</b>	<b>Grado di limitazione dell'attività</b>	<b>Fonte dati</b>	<b>Note</b>

## NECESSITÀ DI SOSTEGNO RILEVANTI FNA

Il seguente complesso di tabelle non assegna un punteggio a fini valutativi, ma ha lo scopo di orientare nella formulazione del progetto (Piano Nazionale Non Autosufficienza). Esso consente di individuare le necessità di sostegno della persona non autosufficiente e della sua famiglia, che si ritiene possa beneficiare degli interventi a carico del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA).

### **Modalità di attribuzione dei punteggi di ambito**

Per ogni ambito deve essere selezionata la necessità riscontrata:

- se in un ambito si riscontrano più necessità (p.es., Ausili e Supporto fisico oppure sia Supporto fisico sia Vigilanza), si attribuisce allo specifico ambito il punteggio più elevato, senza effettuare alcuna somma dei punteggi associati alle necessità selezionate (p.es., nel caso della Mobilità domestica, per la quale si rilevi sia la necessità di Ausili sia la necessità di Vigilanza/Supervisione continuativa, il punteggio di ambito sarà pari a 3);
- se, per motivi clinici, le attività di un ambito non sono possibili, si assegna il punteggio più elevato (p.es., in caso di Mobilità extradomestica non possibile, il punteggio di ambito sarà 3);
- negli altri casi, il punteggio di ogni ambito è determinato dal solo punteggio associato alla singola necessità selezionata.

<b>AMBITO 1: CURA DELLA PERSONA E TRASFERIMENTI</b>				
<b>BISOGNI</b>	<b>CHI LO FA</b>	<b>COPERTURA DEL BISOGNO</b>	<b>NECESSITÀ E RELATIVO PUNTEGGIO</b>	<b>Punteggio di ambito</b>
<b>Igiene personale</b>	<input type="checkbox"/> in autonomia <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> personale retribuito	<input type="checkbox"/> <i>tutti i giorni</i> <input type="checkbox"/> <i>2/3 volte alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>1 volta alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>saltuariamente</i>	<input type="checkbox"/> Nessuna o lieve - <b>0 punti</b>  <input type="checkbox"/> Con ausili - <b>1 punto</b>  <input type="checkbox"/> Supporto fisico complementare - <b>2 punti</b>  <input type="checkbox"/> Supporto fisico sostitutivo - <b>3 punti</b>	
<b>Vestirsi</b>	<input type="checkbox"/> in autonomia <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> personale retribuito	<input type="checkbox"/> <i>tutti i giorni</i> <input type="checkbox"/> <i>2/3 volte alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>1 volta alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>saltuariamente</i>		
<b>Autonomia nell'alimentazione</b>	<input type="checkbox"/> in autonomia <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> personale retribuito	<input type="checkbox"/> <i>tutti i giorni</i> <input type="checkbox"/> <i>2/3 volte alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>1 volta alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>saltuariamente</i>		

## AMBITO 2: MOBILITÀ DOMESTICA

BISOGNI	CHI LO FA	COPERTURA DEL BISOGNO	NECESSITÀ E RELATIVO PUNTEGGIO	Punteggio di ambito
<b>Spostamento nell'ambiente domestico</b>	<input type="checkbox"/> in autonomia <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> personale retribuito	<input type="checkbox"/> <i>tutti i giorni</i> <input type="checkbox"/> <i>2/3 volte alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>1 volta alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>saltuariamente</i>	<input type="checkbox"/> Nessuna o lieve - <b>0 punti</b> <input type="checkbox"/> Con ausili - <b>1 punto</b> <input type="checkbox"/> Supporto fisico complementare - <b>2 punti</b> <input type="checkbox"/> Supporto fisico sostitutivo - <b>3 punti</b> <input type="checkbox"/> Vigilanza/Supervisione non continuativa - <b>2 punti</b> <input type="checkbox"/> Vigilanza/Supervisione continuativa - <b>3 punti</b>	

## AMBITO 3: GESTIONE DEL COMPORAMENTO

BISOGNI	CHI LO FA	COPERTURA DEL BISOGNO	NECESSITÀ E RELATIVO PUNTEGGIO	Punteggio di ambito
<b>Sorveglianza e/o monitoraggio</b>	<input type="checkbox"/> in autonomia <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> personale retribuito	<input type="checkbox"/> <i>tutti i giorni</i> <input type="checkbox"/> <i>2/3 volte alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>1 volta alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>saltuariamente</i>	<input type="checkbox"/> Nessuna o lieve - <b>0 punti</b> <input type="checkbox"/> Con ausili - <b>1 punto</b> <input type="checkbox"/> Vigilanza/Supervisione non continuativa - <b>2 punti</b> <input type="checkbox"/> Vigilanza/Supervisione continuativa - <b>3 punti</b>	

## AMBITO 4: COMPITI DOMESTICI (solo per persone con 12 anni o più)

BISOGNI	CHI LO FA	COPERTURA DEL BISOGNO	NECESSITÀ E RELATIVO PUNTEGGIO	Punteggio di ambito
<b>Preparazione dei pasti</b>	<input type="checkbox"/> in autonomia <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> personale retribuito	<input type="checkbox"/> <i>tutti i giorni</i> <input type="checkbox"/> <i>2/3 volte alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>1 volta alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>saltuariamente</i>	<input type="checkbox"/> Nessuna o lieve - <b>0 punti</b> <input type="checkbox"/> Con ausili - <b>1 punto</b> <input type="checkbox"/> Supporto fisico complementare - <b>2 punti</b> <input type="checkbox"/> Supporto fisico sostitutivo - <b>3 punti</b>	
<b>Igiene ambientale</b>	<input type="checkbox"/> in autonomia <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> personale retribuito	<input type="checkbox"/> <i>tutti i giorni</i> <input type="checkbox"/> <i>2/3 volte alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>1 volta alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>saltuariamente</i>		



<b>AMBITO 5: MOBILITÀ EXTRADOMESTICA</b>				
<b>BISOGNI</b>	<b>CHI LO FA</b>	<b>COPERTURA DEL BISOGNO</b>	<b>NECESSITÀ E RELATIVO PUNTEGGIO</b>	<b>Punteggio di ambito</b>
<b>Frequenza Scolastica / Frequenza ambienti di lavoro/stage/laboratori</b>	<input type="checkbox"/> in autonomia <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> personale retribuito	<input type="checkbox"/> <i>tutti i giorni</i> <input type="checkbox"/> <i>2/3 volte alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>1 volta alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>saltuariamente</i>	<input type="checkbox"/> Nessuna o lieve - <b>0 p.</b> <input type="checkbox"/> Con ausili - <b>1 punto</b> <input type="checkbox"/> Supporto fisico complementare - <b>2 punti</b> <input type="checkbox"/> Supporto fisico sostitutivo - <b>3 punti</b>	
<b>Frequenzazioni ambienti extrascolastici / extralavorativi</b>	<input type="checkbox"/> in autonomia <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> amico/vicino <input type="checkbox"/> personale retribuito	<input type="checkbox"/> <i>tutti i giorni</i> <input type="checkbox"/> <i>2/3 volte alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>1 volta alla settimana</i> <input type="checkbox"/> <i>saltuariamente</i>		

***Punteggio complessivo necessità di sostegno rilevanti FNA***

Il punteggio complessivo (min. 0 - max. 51 / per i minori di 12 anni: min. 0 - max 45) è ottenuto dalla sommatoria del prodotto tra i punteggi di ambito e ognuno dei rispettivi pesi:

<b>AMBITO</b>	<b>PESO</b>	<b>PUNTEGGIO DI AMBITO</b>	<b>PUNTEGGIO PONDERATO (peso x punteggio di ambito)</b>
1) <b>CURA DELLA PERSONA E TRASFERIMENTI</b>	5		
2) <b>MOBILITÀ DOMESTICA</b>	4		
3) <b>GESTIONE DEL COMPORTAMENTO</b>	4		
4) <b>COMPITI DOMESTICI</b>	2		
5) <b>MOBILITÀ EXTRADOMESTICA</b>	2		
<b>PUNTEGGIO COMPLESSIVO (somma dei punteggi ponderati)</b>			

#### 4B. MINORE VALUTATO CON PROGETTO RESIDENZIALE IN ESSERE

(Specificare in quale tipologia residenziale.....)

B1) Inserito da:	
	meno di 6 mesi
	oltre 6 mesi
B2) Inserimento concordato con i familiari/tutore per rispondere ad una urgenza sociale per impossibilità di rimanere a domicilio, la quale permane al momento della valutazione	0
B3) Inserimento disposto d'ufficio dall'autorità giudiziaria	1
B4) Assenza di persone che mantengano un significativo rapporto con il valutato	4
B5) Grave difficoltà o assenza di un caregiver che permetta un progetto di domiciliarità (punteggio "Area condizioni familiari $\geq$ di 16)	4
B6) Espressa volontà di rimanere in struttura del minore interessato	2
	6
	1
<b>Totale</b>	

Indicare il grado di copertura necessario per soddisfare i seguenti bisogni assistenziali del valutato in residenzialità:

BISOGNI	Basso	Medio	Alto	
B7) Igiene personale e vestizione	0	1	2	
B8) Somministrazione dei pasti	0	1	2	
B9) Accompagnamenti	0	1	2	
B10) Monitoraggio e sorveglianza	0	1	2	
			<b>Totale</b>	

<b>TOTALE</b>	
---------------	--

Note: \_\_\_\_\_

#### SINTESI VALUTAZIONE ASPETTI SOCIALI

##### 1) condizione abitativa:

	1 - 5	6 - 10
0	1	2

##### 2) condizione economica (da valorizzare a cura di ogni Ente Gestore):

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

##### 3) condizioni familiari:

0	1 - 6	7 - 11	12 - 15	Maggiore o eguale a 16
0	1	2	3	4

##### 4) condizione assistenziale:

0	1 - 6	7 - 11	12 - 15	16
0	1	2	3	4

**TOTALE PUNTEGGIO SOCIALE:** .....

<i>Valutatori</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>
Assistente sociale del Comune/Ente Gestore		
Educatore		
Altro (specificare)		
Altro (specificare)		

*Luogo e data* \_\_\_\_\_

Luogo di valutazione degli aspetti sanitari		Note
Domicilio	<input type="checkbox"/>	
Struttura residenziale	<input type="checkbox"/>	
Reparto ospedaliero	<input type="checkbox"/>	
Sede UMVD	<input type="checkbox"/>	
Altro (specificare:.....)	<input type="checkbox"/>	

COGNOME e NOME .....

### VALUTAZIONE ASPETTI SANITARI

#### DIAGNOSI CLINICA MULTIASSIALE

\*Applicare codice specificando le codifiche usate:  ICD10 (OMS)

Diagnosi e codifica\* \_\_\_\_\_

Diagnosi e codifica\* \_\_\_\_\_

Diagnosi e codifica\* \_\_\_\_\_

#### SINTESI ANAMNESI CLINICA CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE PATOLOGIE INVALIDANTI:

---



---



---



---



---



---

#### TERAPIA IN ATTO

---



---



---

#### TRATTAMENTI SPECIALISTICI

Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
SNG/PEG	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ventilazione Meccanica Assistita o non invasiva	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Se sì, continuativa 24h su 7 giorni	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Dialisi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ulcere da decubito **	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione stomia (colon o altre)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione C.V.C.	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione terapia con microinfusori /elastomeri	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Gestione cateterismo peridurale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Drenaggi	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Trattamento riabilitativo post acuto	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

Altro (specificare): \_\_\_\_\_

## ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE

- 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.
- 

La 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, la 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 nell'ambiente in cui vive**.

### Primo Qualificatore: Performance

**0 Nessuna difficoltà** significa che il minore non presenta il problema.

**1 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.

**2 Difficoltà media** significa che il problema è presente in meno del 50% del tempo, con un'intensità che interferisce nella vita quotidiana del minore e che si è presentato occasionalmente negli ultimi 30 giorni.

**3 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.

**4 Difficoltà completa** significa che il problema è presente per più del 95% del tempo, con una intensità che altera totalmente la vita quotidiana del minore e che si è presentato quotidianamente negli ultimi 30 giorni.

**8 Non specificato** significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della difficoltà.

**9 Non applicabile** significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: d820 Istruzione scolastica non pertinente al di sotto dei 3 anni di età).

La descrizione deve essere fatta in termini di **Performance senza assistenza**

## ISTRUZIONI PER L'UTILIZZO DELLA CHECK-LIST ATTIVITÀ

L'Attività è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo.

<b>PERFORMANCE (quello che l'individuo fa nel suo ambiente attuale)</b>	
<u>Grado di limitazione dell'Attività:</u>	
<b>Nessuna difficoltà:</b> significa che il minore non presenta il problema.	0
<b>Difficoltà lieve:</b> 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.	1
<b>Difficoltà media:</b> 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.	2
<b>Difficoltà grave:</b> 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.	3
<b>Difficoltà completa:</b> significa che il problema è presente per più del 95% del tempo, con un'intensità che altera totalmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato quotidianamente negli ultimi 30 giorni.	4
<b>Non specificato:</b> significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione.	n.s.
<b>Non applicabile:</b> significa che non vi è stata occasione per raccogliere informazioni su un particolare codice	n.a.

Fonte dati, specificare se:

**O**=Osservazione; **D**=Documentazione Clinica; **I**=Intervista; **E**=Esame Obiettivo .....

CHECK-LIST ATTIVITÀ	Grado di limitazione dell'attività	Fonte dati	Note
<b>D1. APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLA CONOSCENZA</b>			
<b>d110 GUARDARE</b> Utilizzare il senso della vista intenzionalmente per sperimentare stimoli visivi, come seguire visivamente un oggetto, guardare delle persone, osservare un evento sportivo, una persona o dei bambini che giocano.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>d115 ASCOLTARE</b> Utilizzare il senso dell'udito intenzionalmente per sperimentare stimoli uditivi, come ascoltare e sentire la radio, la voce umana, della musica, una lezione o una storia raccontata.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>d133 ACQUISIRE IL LINGUAGGIO</b> Sviluppare la competenza di rappresentare persone, oggetti, eventi e sentimenti mediante parole, simboli, locuzioni e frasi. <i>Esclusioni: acquisire un linguaggio aggiuntivo (d134); comunicazione (d310-d399)</i>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>d140 IMPARARE A LEGGERE</b> Sviluppare la capacità di leggere del materiale scritto (incluso il Braille e altri simboli) fluentemente e con accuratezza, come riconoscere caratteri e alfabeti, pronunciare le parole correttamente e comprendere parole e frasi.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>d145 IMPARARE A SCRIVERE</b> Sviluppare la competenza di produrre simboli che rappresentano suoni, parole o frasi in modo da comunicare un significato (inclusa la scrittura Braille e altri simboli), come compitare efficacemente e usare la grammatica corretta.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>d155 ACQUISIZIONE DI ABILITÀ</b> Sviluppare capacità basilari e complesse in insiemi integrati di azioni o compiti in modo da iniziare e portare a termine l'acquisizione di un'abilità, come utilizzare strumenti, giocattoli o giochi. <i>Inclusioni: acquisire abilità basilari e complesse</i> <i>Esclusioni: imparare a scrivere (d145) e scrivere (d170), imparare a giocare (d131)</i>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>d161 DIRIGERE L'ATTENZIONE</b> Mantenere intenzionalmente l'attenzione su azioni o compiti specifici per una lunghezza temporale appropriata. <i>Esclusioni: Mantenimento dell'attenzione, intraprendere un compito singolo ed</i>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	

intraprendere un compito articolato	n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>		
<b>TOTALE D1 =</b>			
<b>D2. COMPITI E RICHIESTE GENERALI</b>			
<b>d230 ESEGUIRE LA ROUTINE QUOTIDIANA</b> Compiere delle azioni semplici o complesse e coordinate per pianificare, gestire e completare le attività richieste dai procedimenti o dalle incombenze quotidiane, come organizzare il proprio tempo e pianificare le diverse attività nel corso della giornata.  <i>Inclusioni: gestire e completare la routine quotidiana; gestire il proprio tempo e le proprie attività</i>  <i>Esclusione: intraprendere compiti articolati (d220)</i>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>d250 CONTROLLARE IL PROPRIO COMPORTAMENTO</b> Eseguire azioni semplici o complesse e coordinate in modo coerente in risposta a situazioni, persone o esperienze nuove, ad es. fare silenzio in biblioteca.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>TOTALE D2 =</b>			
<b>D3. COMUNICAZIONE</b>			
<b>d310 COMUNICARE CON - RICEVERE - MESSAGGI VERBALI</b> Comprendere i significati letterali e impliciti dei messaggi nel linguaggio parlato, come comprendere che un'affermazione sostiene un fatto o è un'espressione idiomatica, come rispondere ai messaggi verbali e comprenderli.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>d315 COMUNICARE CON - RICEVERE - MESSAGGI NON-VERBALI</b> Comprendere i significati letterali e impliciti di messaggi comunicati tramite gesti, simboli e disegni, come capire che un bambino è stanco quando si stropiccia gli occhi o che il suono di una sirena significa che è in atto un incendio.  <i>Inclusioni: comunicare con – ricevere – gesti del corpo, segni e simboli comuni, disegni e fotografie</i>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>d330 PARLARE</b> Produrre parole, frasi e brani più lunghi all'interno di messaggi verbali con significato letterale e implicito, come esporre un fatto o raccontare una storia attraverso il linguaggio verbale.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>d335 PRODURRE MESSAGGI NON-VERBALI</b> Usare segni, simboli e disegni per comunicare significati, come scuotere la testa per indicare disaccordo o disegnare un'immagine o un grafico per comunicare un fatto o un'idea complessa.  <i>Inclusioni: produrre gesti con il corpo, segni, simboli, disegni e fotografie</i>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	



	n.a. <input type="checkbox"/>		
<b>d350 CONVERSAZIONE</b> Avviare, mantenere e terminare uno scambio di pensieri e idee, attraverso linguaggio verbale, scritto, dei segni o altre forme di linguaggio, con una o più persone conosciute o meno, in contesti formali o informali.  <i>Inclusioni: avviare, mantenere e terminare una conversazione; conversare con una o più persone</i>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>d360 UTILIZZO DI APPARECCHIATURE E AUSILI PER LA COMUNICAZIONE</b> Utilizzare strumenti, tecniche e altri mezzi per scopi comunicativi, come chiamare un amico al telefono.  <i>Inclusioni: utilizzare strumenti di telecomunicazione, usare macchine per scrivere e tecniche di comunicazione.</i>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>TOTALE D3 =</b>			
<b>D4. MOBILITÀ</b>			
<b>d410 CAMBIARE POSIZIONE CORPOREA DI BASE</b> Assumere e abbandonare una posizione corporea e muoversi da una collocazione all'altra, come girarsi da un lato all'altro, sedersi, alzarsi in piedi, alzarsi da una sedia per sdraiarsi sul letto, e assumere e abbandonare una posizione inginocchiata o accovacciata.  <i>Inclusioni: cambiare posizione dall'essere sdraiati, accovacciati o inginocchiati, da seduti o in piedi, piegandosi e spostando il baricentro del corpo.</i>  <i>Esclusione: trasferirsi (d420)</i>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>d445 USO DELLA MANO E DEL BRACCIO</b> Compiere le azioni coordinate necessarie per muovere o manipolare oggetti usando mani e braccia, come nel girare le maniglie della porta o nel tirare o afferrare un oggetto.  <i>Inclusioni: tirare o spingere oggetti; raggiungere allungando il braccio; girare o esercitare torsione delle mani o delle braccia; lanciare, afferrare</i>  <i>Esclusione: uso fine della mano (d440)</i>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>d450 CAMMINARE</b> Muoversi lungo una superficie a piedi, passo dopo passo, in modo che almeno un piede sia sempre appoggiato al suolo, come nel passeggiare, gironzolare, camminare avanti, a ritroso o lateralmente.  <i>Inclusioni: camminare per brevi o lunghe distanze; camminare su superfici diverse; camminare attorno a degli ostacoli</i>  <i>Esclusioni: trasferirsi (d420); spostarsi (d455)</i>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>d455 SPOSTARSI</b> Trasferire tutto il corpo da un posto all'altro con modalità diverse dal camminare, come arrampicarsi su una roccia o correre per la strada, saltellare, scorrazzare, saltare, fare capriole o correre attorno a ostacoli.  <i>Inclusioni: strisciare, salire, correre, fare jogging, saltare, nuotare, spostarsi da seduti e rotolarsi e trascinarsi</i>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	

<p><b>Esclusioni:</b> trasferirsi (d420); camminare (d450)</p>			
<p><b>d465 SPOSTARSI USANDO APPARECCHIATURE/AUSILI (sedia a rotelle, pattini, ecc.)</b>  Spostare tutto il corpo da un posto ad un altro, su qualsiasi superficie o spazio, utilizzando apparecchiature specifiche realizzate per facilitare lo spostamento o creare altri modi per spostarsi, come con i pattini, con gli sci, con l'attrezzatura per le immersioni, pinne o muoversi per la strada usando una sedia a rotelle o un deambulatore.</p> <p><b>Esclusioni:</b> trasferirsi (d420); camminare (d450); spostarsi (d455); usare un mezzo di trasporto (d470); guidare (d475)</p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<p><b>d470 USARE UN MEZZO DI TRASPORTO (auto, bus, treno, ecc.)</b>  Usare un mezzo di trasporto per spostarsi in qualità di passeggero, come essere trasportati su un'automobile o su un autobus, un risciò, un piccolo autobus, una carrozzina o un passeggino, un veicolo a trazione animale o un taxi, un autobus, un treno, un tram una metropolitana, una barca o un aeroplano pubblici o privati.</p> <p><b>Inclusioni:</b> usare mezzi di trasporto a trazione umana; usare mezzi di trasporto privati motorizzati o pubblici</p> <p><b>Esclusioni:</b> spostarsi usando apparecchiature/ausili (d465); guidare (d475)</p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>TOTALE D4 =</b>			
<b>D5. CURA DELLA PROPRIA PERSONA (ad integrazione della valutazione delle condizioni assistenziali)</b>			
<p><b>d530 BISOGNI CORPORALI</b>  Manifestare il bisogno di pianificare ed espletare l'eliminazione di prodotti organici (mestruazioni, minzione e defecazione) e poi pulirsi.  <b>Inclusioni:</b> regolare la minzione, la defecazione e la cura relativa alle mestruazioni</p> <p><b>Esclusioni:</b> lavarsi (d510); prendersi cura di singole parti del corpo (d520)</p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<p><b>d570 PRENDERSI CURA DELLA PROPRIA SALUTE</b>  Garantirsi o indicare i propri bisogni relativi al comfort fisico, alla salute e al benessere a livello fisico e mentale, come nel seguire una dieta bilanciata e un adeguato livello di attività fisica, mantenersi caldi o freschi, evitare danni alla salute, praticare sesso sicuro, incluso l'uso dei preservativi, sottoporsi a vaccini immunizzanti e a regolari esami e controlli medici.</p> <p><b>Inclusioni:</b> assicurarsi il proprio benessere fisico; gestire la dieta e la forma fisica; mantenersi in salute.</p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<p><b>d571 BADARE ALLA PROPRIA SICUREZZA</b>  Evitare i rischi che possono portare a lesioni o danni fisici. Evitare le situazioni potenzialmente rischiose come fare un cattivo uso del fuoco o correre nel traffico.</p>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>TOTALE D5 =</b>			

<b>D7. INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI</b>			
<b>d730 ENTRARE IN RELAZIONE CON ESTRANEI</b> Avere contatti e legami temporanei con estranei per scopi specifici, come quando si chiedono informazioni o indicazioni o si effettua un acquisto.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>d740 RELAZIONI FORMALI</b> Creare e mantenere delle relazioni specifiche in contesti formali, come con insegnanti, datori di lavoro, professionisti o fornitori di servizi. <i>Inclusioni: entrare in relazione con persone autorevoli, con subordinati e con i pari</i>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>d750 RELAZIONI SOCIALI INFORMALI</b> Entrare in relazione con altri, come le relazioni casuali con persone che vivono nella stessa comunità o residenza, o con colleghi di lavoro, studenti, compagni di gioco o persone dello stesso ambiente o professione. <i>Inclusioni: relazioni informali con amici, vicini di casa, conoscenti, coinquilini e pari</i>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>d760 RELAZIONI FAMILIARI</b> Creazione e mantenimento di relazioni di parentela, come con i membri della famiglia ristretta, della famiglia allargata, della famiglia affidataria e adottiva e nelle relazioni tra patrigno o matrigna e figliastri, nelle parentele più lontane come secondi cugini, o tutori legali. <i>Inclusioni: relazioni genitore-figlio e figlio-genitore, tra fratelli e nella famiglia allargata.</i>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>TOTALE D7 =</b>			
<b>D8. AREE DI VITA PRINCIPALI</b>			
<b>d820 ISTRUZIONE SCOLASTICA</b> Avere accesso all'istruzione scolastica, impegnarsi in tutte le responsabilità e i privilegi correlati alla scuola, e apprendere il materiale del corso, gli argomenti e le altre richieste del curriculum in un programma educativo della scuola primaria o secondaria, incluso frequentare regolarmente la scuola, lavorare in maniera cooperativa con altri studenti, ricevere istruzioni dagli insegnanti, organizzare, studiare e completare i compiti e i progetti assegnati, e avanzare a livelli successivi di istruzione.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>d825 FORMAZIONE PROFESSIONALE</b> Impegnarsi in tutte le attività di formazione professionale e apprendere il materiale del curriculum in previsione di intraprendere un mestiere, un lavoro o una professione.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
<b>d880 COINVOLGIMENTO NEL GIOCO</b> Impegno intenzionale e prolungato in attività con oggetti, giocattoli, materiali o giochi, per tenersi occupati da soli o con gli altri.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	

	3 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	
	4 <input type="checkbox"/>		
	n.s. <input type="checkbox"/>		
	n.a. <input type="checkbox"/>		
TOTALE D8 =			
<b>D9. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITÀ</b>			
<b>d920 RICREAZIONE E TEMPO LIBERO</b> (in termini di capacità) Impegnarsi in qualsiasi forma di gioco o di attività ricreativa e legata al tempo libero, come giochi e sport informali o organizzati, programmi per migliorare la forma fisica, rilassamento, divertimento o svago, visitare gallerie d'arte, musei, cinema o teatri; impegnarsi in artigianato o hobby, leggere per piacere personale, suonare strumenti musicali; fare visite turistiche, turismo e viaggi di piacere.  <i>Inclusioni: giochi, sport, arte e cultura, artigianato, hobby e socializzazione</i>  <i>Esclusioni: cavalcare animali per farsi trasportare (d480); lavoro retribuito e non retribuito (d850 e 855); coinvolgimento nel gioco (d880); religione e spiritualità (d930); vita politica e cittadinanza (d950).</i>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
TOTALE D9 =			

OGNI ALTRA ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE CHE SI RITIENE EVIDENZIARE (tali suggerimenti generano un punteggio da considerarsi in sostituzione e non in aggiunta al punteggio complessivo del singolo punto d.xxx della CHECK-LIST precedente)	<i>Grado di limitazione dell'attività</i>	<i>Fonte dati</i>	<i>Note</i>

## SINTESI VALUTAZIONE ASPETTI SANITARI (D1-D5, D7-D9)

### 1) apprendimento e applicazione della conoscenza:

0 - 4	5 - 14	15 - 28
0	1	2

### 2) compiti e richieste generali:

0-2	3 - 5	6 - 8
0	1	2

### 3) comunicazione:

0 - 2	3 - 12	13 - 24
0	1	2

### 4) mobilità:

0 - 2	3 - 12	13 - 24
0	1	2

### 5) cura della propria persona:

0 - 3	4 - 7	8 - 12
0	1	2

### 7) interazioni e relazioni interpersonali:

0 - 6	5 - 12	13 - 16
0	1	2

### 8) aree di vita principali:

0 - 4	5 - 12
0	1

### 9) vita sociale, civile e di comunità:

0 - 1	2 - 4
0	1

### TOTALE PUNTEGGIO SANITARIO

--

I valutatori	Nome e cognome	Firma leggibile
Medico NPI		
Operatore sanitario (specificare)		
Altro (specificare)		
Altro (specificare)		

### Eventuali osservazioni

---

---

---

---

Luogo e data \_\_\_\_\_

## PROPOSTA DI PROGETTO INDIVIDUALE

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Referente sanitario \_\_\_\_\_

Referente sociale \_\_\_\_\_

Problema/i rilevato/i (o criticità)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Obiettivo/i \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### TIPOLOGIA DI PROGETTO PROPOSTO

RESIDENZIALE       temporaneo       a tempo indeterminato

SEMIRESIDENZIALE

DOMICILIARE       EDUCATIVA TERRITORIALE

### OSSERVAZIONI DEL MINORE ESAMINATO E/O DELL'ESERCENTE DELLA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<i>I valutatori</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>
Medico		
Infermiere		
Assistente Sociale del Servizio Sociale professionale Aziendale dell'ASL (SSPA)		
Assistente Sociale del Comune/Ente Gestore		
Educatore Professionale ASL		
Educatore Professionale Ente Gestore		

## RIEPILOGO DELLA VALUTAZIONE INTEGRATA

---

Cognome e Nome.....

*Prima valutazione*     *Rivalutazione*

### PUNTEGGIO TOTALE

<b>Aspetti Sociali</b> (max. 14)	Punti .....
<b>Aspetti Sanitari</b> (max. 14)	Punti .....
<b>TOTALE</b> (intervallo 0 - 28)	Punti .....

**Conclusioni della valutazione:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## ATTRIBUZIONE PUNTEGGI AI FINI DELL'INTENSITÀ ASSISTENZIALE

per Progetto Residenziale e per Progetto Semiresidenziale

VALORE NUMERICO	INTENSITÀ ASSISTENZIALE
11-14	ALTA
7-10	MEDIA
5-6	BASSA
0-4	<i>non attribuibile</i>

per Progetto Domiciliare e per Progetto di Educativa Territoriale

VALORE NUMERICO	INTENSITÀ ASSISTENZIALE
Egale o maggiore di 16	ALTA
10-15	MEDIA
4 -9	BASSA



## TIPOLOGIA DEL PROGETTO INDIVIDUALE

**Tipo di priorità**

- Minore con progetto di de-istituzionalizzazione
- Urgente stato di assistenza a seguito mancanza/grave inadeguatezza del caregiver

**Tipologia di Progetto**

- RESIDENZIALE     temporaneo                       a tempo indeterminato
- SEMIRESIDENZIALE
- DOMICILIARE                       EDUCATIVA TERRITORIALE

<b>I componenti dell'UMVD-Minori</b>	<b>Nome e cognome</b>	<b>Firma leggibile</b>
<i>Il Copresidente</i>		
<i>Il Copresidente</i>		
<i>Il Neuropsichiatra NPI</i>		
<i>Altro Professionista Sanitario (SERD, Fisiatra, altri Specialisti)</i>		
<i>Assistente Sociale del Servizio Sociale professionale Aziendale dell'ASL (SSPA)</i>		
<i>Assistente Sociale del Comune/Ente Gestore</i>		
<i>Educatore Professionale ASL</i>		
<i>Educatore Professionale Comune/Ente Gestore</i>		
<i>Infermiere</i>		
<i>Altro (specificare)</i>		

**Eventuale firma del minore interessato** \_\_\_\_\_

**Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale** \_\_\_\_\_

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

## DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ ASSISTENZIALE RESIDENZIALE

Cognome e Nome.....

Punteggio valutazione sanitaria	
---------------------------------	--

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti.

L'UMVD-Minori ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, qualora lo reputi necessario **e precisandone per iscritto le motivazioni**.

<b>Punteggio aspetti sanitari</b>	5 - 6	7 - 10	11 - 14
<b>Intensità Assistenziale</b>	Bassa	Media	Alta
<b>Esito</b>			

**Motivazioni (obbligatorie in caso di fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione)**

---



---



---



---

<b>I componenti dell'UMVD-Minori</b>	<b>Nome e cognome</b>	<b>Firma leggibile</b>
<i>Il Copresidente</i>		
<i>Il Copresidente</i>		
<i>Il Neuropsichiatra NPI</i>		
<i>Altro Professionista Sanitario (SERD, Fisiatra, altri Specialisti)</i>		
<i>Assistente Sociale del Servizio Sociale professionale Aziendale dell'ASL (SSPA)</i>		
<i>Assistente Sociale del Comune/Ente Gestore</i>		
<i>Educatore Professionale ASL</i>		
<i>Educatore Professionale Comune/Ente Gestore</i>		
<i>Infermiere</i>		
<i>Altro (specificare)</i>		

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

## DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ ASSISTENZIALE SEMIRESIDENZIALE

---

Cognome e Nome.....

Punteggio valutazione sanitaria	
---------------------------------	--

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti.

L'UMVD-Minori ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, qualora lo reputi necessario e **precisandone per iscritto le motivazioni**.

<b>Punteggio aspetti sanitari</b>	5 - 6	7 - 10	11 -14
<b>Intensità Assistenziale</b>	Bassa	Media	Alta
<b>Esito</b>			

**Motivazioni (obbligatorie in caso di fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione)**

---



---



---

<i><b>I componenti dell'UMVD-Minori</b></i>	<i><b>Nome e cognome</b></i>	<i><b>Firma leggibile</b></i>
Il Copresidente		
Il Copresidente		
Il Neuropsichiatra NPI		
Altro Professionista Sanitario (SERD, Fisiatra, altri Specialisti)		
Assistente Sociale del Servizio Sociale professionale Aziendale dell'ASL (SSPA)		
Assistente Sociale del Comune/Ente Gestore		
Educatore Professionale ASL		
Educatore Professionale Comune/Ente Gestore		
Infermiere		
Altro (specificare)		

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

## DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ ASSISTENZIALE DOMICILIARE

Cognome e Nome.....

Punteggio condizione abitativa	
Punteggio condizione familiare	
Punteggio condizione assistenziale	
Punteggio valutazione sanitaria	
<b>Totale</b>	

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti.

L'UMVD-Minori ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, qualora lo reputi necessario e **precisandone per iscritto le motivazioni**.

<b>Punteggio</b>	4 - 9	10 - 15	Egual o maggiore di 16
<b>Intensità Assistenziale</b>	Bassa	Media	Alta
<b>Esito</b>			

**Motivazioni (obbligatorie in caso di fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione)**

---



---



---

<i>I componenti dell'UMVD-Minori</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>
<i>Il Copresidente</i>		
<i>Il Copresidente</i>		
<i>Il Neuropsichiatra NPI</i>		
<i>Altro Professionista Sanitario (SERD, Fisiatra, altri Specialisti)</i>		
<i>Assistente Sociale del Servizio Sociale professionale Aziendale dell'ASL (SSPA)</i>		
<i>Assistente Sociale del Comune/Ente Gestore</i>		
<i>Educatore Professionale ASL</i>		
<i>Educatore Professionale Comune/Ente Gestore</i>		
<i>Infermiere</i>		
<i>Altro (specificare)</i>		

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

## DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ ASSISTENZIALE DI EDUCATIVA TERRITORIALE

Cognome e Nome.....

Punteggio condizione abitativa	
Punteggio condizione familiare	
Punteggio condizione assistenziale	
Punteggio valutazione sanitaria	
<b>Totale</b>	

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti.

L'UMVD-Minori ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, qualora lo reputi necessario e **precisandone per iscritto le motivazioni.**

<b>Punteggio</b>	4 - 9	10 - 15	Egale o maggiore di 16
<b>Intensità Assistenziale</b>	Bassa	Media	Alta
<b>Esito</b>			

**Motivazione (obbligatorie in caso di fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione)**

---



---



---

<i>I componenti dell'UMVD-Minori</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>
<i>Il Copresidente</i>		
<i>Il Copresidente</i>		
<i>Il Neuropsichiatra NPI</i>		
<i>Altro Professionista Sanitario (SERD, Fisiatra, altri Specialisti)</i>		
<i>Assistente Sociale del Servizio Sociale professionale Aziendale dell'ASL (SSPA)</i>		
<i>Assistente Sociale del Comune/Ente Gestore</i>		
<i>Educatore Professionale ASL</i>		
<i>Educatore Professionale Comune/Ente Gestore</i>		
<i>Infermiere</i>		
<i>Altro (specificare)</i>		

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

### SINTESI DEL PROGETTO INDIVIDUALE

- RESIDENZIALE     temporaneo     a tempo indeterminato  
 SEMIRESIDENZIALE     full time     part time  
 (specificare frequenza) \_\_\_\_\_  
 DOMICILIARE     EDUCATIVA TERRITORIALE

SE PROGETTO     RESIDENZIALE     SEMIRESIDENZIALE:

Tipologia della Struttura \_\_\_\_\_  
 Denominazione Struttura \_\_\_\_\_  
 Codice STS.11 identificativo della Struttura \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_  
 Persona di riferimento della Struttura \_\_\_\_\_  
 Recapiti telefonici \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_

Risorse ECONOMICHE dedicate al progetto individuato:

	Costo totale (€ - IVA compresa)	di cui quota sanitaria (€ - IVA compresa)	di cui quota Utente/Comune/Ente Gestore (€- IVA compresa)
<input type="checkbox"/> retta giornaliera residenziale			
<input type="checkbox"/> retta giornaliera semiresidenziale			
<input type="checkbox"/> tariffa oraria totale			
<input type="checkbox"/> spesa mensile prevista (specificare _____)			

SE PROGETTO  DOMICILIARE  EDUCATIVA TERRITORIALE:

Case manager \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Risorse UMANE dedicate (specificare tipologia e tempo impegnato)

---

---

---

Risorse ECONOMICHE dedicate al progetto individuato:

	Costo totale (€ - IVA compresa)	di cui quota sanitaria (€ - IVA compresa)	di cui quota Utente/Comune/Ente Gestore (€- IVA compresa)
<input type="checkbox"/> tariffa oraria			
<input type="checkbox"/> spesa mensile prevista (specificare _____)			

**Note** \_\_\_\_\_

---

---

**Rivalutazione del progetto**  data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

<i>I componenti dell'UMVD-Minori</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>
<i>Il Copresidente</i>		
<i>Il Copresidente</i>		
<i>Il Neuropsichiatra NPI</i>		
<i>Altro Professionista Sanitario (SERD, Fisiatra, altri Specialisti)</i>		
<i>Assistente Sociale del Servizio Sociale professionale Aziendale dell'ASL (SSPA)</i>		
<i>Assistente Sociale del Comune/Ente Gestore</i>		
<i>Educatore Professionale ASL</i>		
<i>Educatore Professionale Comune/Ente Gestore</i>		
<i>Infermiere</i>		
<i>Altro (specificare)</i>		

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

## SCHEDA Disabilità Gravissima (FNA - Fondo per le Non Autosufficienze)

A	<input type="checkbox"/>	<p>Persone in condizione di Coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) <math>\leq 10</math></p>
B	<input type="checkbox"/>	<p>Persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7)</p>
C	<input type="checkbox"/>	<p>Persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinica Dementia Rating Scale (CDRS) <math>\geq 4</math></p>
D	<input type="checkbox"/>	<p>Persone con lesioni spinali fra C1/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B</p>
E	<input type="checkbox"/>	<p>Persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo <math>\leq 1</math> ai quattro arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) <math>\geq 9</math>, o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod</p>
F	<input type="checkbox"/>	<p>Persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore</p>
G	<input type="checkbox"/>	<p>Persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5 (Livello 3: richiede supporto molto sostanziale)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>comunicazione sociale: i gravi deficit nella comunicazione sociale, verbale e non verbale, causano una grave difficoltà nel funzionamento; iniziativa molto limitata nell'interazione sociale e minima risposta all'iniziativa altrui.</i></li> <li>- <i>Interessi ristretti e comportamenti ripetitivi: preoccupazioni, rituali fissi e/o comportamenti ripetitivi che interferiscono marcatamente con il funzionamento in tutte le sfere.</i></li> </ul> <p><i>Stress marcato quando i rituali o le routine sono interrotti; è molto difficile distogliere il soggetto dal suo focus di interesse e se ciò avviene egli ritorna rapidamente ad esso)</i></p>
H	<input type="checkbox"/>	<p>Persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI <math>\leq 34</math> e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) <math>\leq 8</math></p>
I	<input type="checkbox"/>	<p>Ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche. Come segue:</p>



	<input type="checkbox"/>	<b>I 1</b>	<p>Persona con dipendenza nelle seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• motricità: <ul style="list-style-type: none"> <li>- dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività svolta completamente da un'altra persona</li> </ul> </li> <li>• respirazione: <ul style="list-style-type: none"> <li>- necessità di aspirazione quotidiana</li> <li>- presenza di tracheostomia</li> </ul> </li> </ul>
	<input type="checkbox"/>	<b>I 2</b>	<p>Persona con dipendenza nelle seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• motricità: <ul style="list-style-type: none"> <li>- dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività completamente da un'altra persona</li> </ul> </li> <li>• nutrizione: <ul style="list-style-type: none"> <li>- necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi</li> <li>- combinata orale e enterale /parenterale</li> <li>- solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)</li> <li>- solo tramite gastrostomia (es. PEG)</li> <li>- solo parenterale attraverso catetere venoso centrale (CVC)</li> </ul> </li> </ul>
	<input type="checkbox"/>	<b>I 3</b>	<p>Persona con dipendenza nelle seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stato di coscienza: <ul style="list-style-type: none"> <li>- compromissione severa: raramente/mai prende decisioni</li> <li>- persona non cosciente</li> </ul> </li> <li>• respirazione: <ul style="list-style-type: none"> <li>- necessità di aspirazione quotidiana</li> <li>- presenza di tracheostomia</li> </ul> </li> </ul>
	<input type="checkbox"/>	<b>I 4</b>	<p>Persona con dipendenza nelle seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stato di coscienza: <ul style="list-style-type: none"> <li>- compromissione severa: raramente/mai prende decisioni</li> <li>- persona non cosciente</li> </ul> </li> <li>• nutrizione: <ul style="list-style-type: none"> <li>- necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi</li> <li>- combinata orale e enterale /parenterale</li> <li>- solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)</li> <li>- solo tramite gastrostomia (es. PEG)</li> <li>- solo parenterale attraverso catetere venoso centrale (CVC)</li> </ul> </li> </ul>

**SCALE PER LA VALUTAZIONE DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA**  
(DM 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, art. 3, c. 2)

**Glasgow Coma Scale** (articolo 3, comma 2, lettera a)

Teasdale G, Jennett B. (1974). "Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale.". Lancet 13 (2): 81-4

<b>Apertura occhi</b>	Spontanea	4
	Agli stimoli verbali	3
	Solo al dolore	2
	Nessuna risposta	1
<b>Risposta verbale</b>		
	Orientata appropriata	5
	Confusa	4
	Con parole inappropriate	3
	Con parole incomprensibili	2
	Nessuna risposta	1
<b>Risposta Motoria</b>		
	Obbedisce al comando	6
	Localizza gli stimoli dolorosi	5
	Si ritrae in risposta al dolore	4
	Flette gli arti superiori in risposta al dolore	3
	Estende gli arti superiori in risposta al dolore	2
	Nessuna risposta	1

**Clinical Dementia Rating Scale (CDR) estesa (articolo 3, comma 2, lettera c)**

Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W. L., et al (1982). "A new clinical scale for the staging of dementia.". British Journal of Psychiatry, 140, 566-572

	<b>NORMALE CDR 0</b>	<b>DEMENZA DUBBIA CDR 0.5</b>	<b>DEMENZA LIEVE CDR 1</b>	<b>DEMENZA MODERATA CDR 2</b>	<b>DEMENZA GRAVE CDR 3</b>
<b>Memoria</b>	Memoria adeguata o smemoratezza occasionale	Lieve smemoratezza permanente; rievocazione di eventi	Perdita memoria modesta per eventi recenti; interferenza attività quotidiane	Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente	Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti
<b>Orientamento</b>	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
<b>Giudizio soluzione problemi</b>	Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia compromissione nella soluzione di problemi; analogie differenze	Difficoltà moderata; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato	Difficoltà severa esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
<b>Attività sociali</b>	Attività indipendente e livelli usuali ne lavoro, acquisti, pratiche burocratiche	Solo dubbia compromissione nelle attività descritte	Incapace di compiere indipendentemente le attività, ad esclusione di attività facili	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. In grado di essere portato fuori casa	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. Non in grado di uscire
<b>Casa e hobby</b>	Vita domestica e interessi intellettuali conservati	Vita domestica e interessi intellettuali lievemente compromessi	Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono hobbies ed interessi	Interessi ridotti, non sostenuti, vita domestica ridotta a funzioni semplici	Nessuna funzionalità fuori dalla propria camera
<b>Cura personale</b>	Interamente capace di curarsi della propria persona	Richiede facilitazione	Richiede aiuto per vestirsi, igiene, utilizzazione effetti personali	Richiede molta assistenza per cura personale; non incontinenza urinaria	Richiede molta assistenza per cura personale; incontinenza urinaria
<b>CDR 4: DEMENZA MOLTO GRAVE</b>					
Il paziente presenta severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo, nel controllare la funzione intestinale o vescicale.					
<b>CDR 5: DEMENZA TERMINALE</b>					
Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente.					

### **Clinical Dementia Rating Scale: determinazione del punteggio**

Per ottenere il punteggio della CDR è necessario disporre di informazioni raccolte da un familiare o da un operatore che conosce il soggetto e di una valutazione delle funzioni cognitive del paziente, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- 1) memoria;
- 2) orientamento temporale e spaziale;
- 3) giudizio ed astrazione;
- 4) attività sociali e lavorative;
- 5) vita domestica, interessi ed hobby;
- 6) cura della propria persona.

In base al grado di compromissione viene assegnato un punteggio variabile tra 0 - 0.5 - 1 - 2 e 3:

- 0 = normale;
- 0.5 = dubbia compromissione;
- 1 = compromissione lieve;
- 2 = compromissione moderata;
- 3 = compromissione severa.

Ogni aspetto va valutato in modo indipendente rispetto agli altri. La memoria è considerata categoria primaria; le altre sono secondarie. Se almeno tre categorie secondarie ottengono lo stesso punteggio della memoria, allora il CDR è uguale al punteggio ottenuto nella memoria. Se tre o più categorie secondarie ottengono un valore più alto o più basso della memoria, allora il punteggio della CDR corrisponde a quello ottenuto nella maggior parte delle categorie secondarie. Qualora due categorie ottengano un valore superiore e due un valore inferiore rispetto a quello ottenuto dalla memoria, il valore della CDR corrisponde a quello della memoria.

La scala è stata successivamente estesa per classificare in modo più preciso gli stadi più avanzati della demenza (Hayman et al, 1987). I pazienti possono essere perciò classificati in stadio 4 (demenza molto grave) quando presentano severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da soli, nel controllare la funzione intestinale o vescicale. Sono classificati in stadio 5 (demenza terminale) quando richiedono assistenza totale perché completamente incapaci di comunicare, in stato vegetativo, allettati, incontinenti.

**ASIA Impairment Scale (AIS)** (articolo 3, comma 2, lettera d)  
American Spinal Injury Association, <https://asia-spinalinjury.org>

<b>A = completa</b>	Deficit sensitivo e motorio completo a livello S4-S5
<b>B = incompleta</b>	Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include S4-S5
<b>C = incompleta</b>	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a 3
<b>D = incompleta</b>	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e almeno la metà dei muscoli chiave ha una validità uguale o superiore a 3
<b>E = normale</b>	Nessun deficit neurologico (non ipovalidità muscolare, sensibilità integra, non disturbi sfinterici, ma possibili alterazioni dei riflessi)

---

**Bilancio muscolare complessivo alla scala del Medical Research Council (MRC)**  
(articolo 3, comma 2, lettera e)

Forza muscolare

La forza muscolare nei vari distretti muscolari viene valutata con la scala MRC (valori da 5 a 0):

- 5/5 alla scala MRC: movimento possibile contro resistenza massima;
- 4/5 alla scala MRC: movimento possibile solo contro resistenza minima;
- 3/5 alla scala MRC: movimento possibile solo contro gravità;
- 2/5 alla scala MRC: movimento possibile solo in assenza di gravità;
- 1/5 alla scala MRC: accenno al movimento;
- 0/5 alla scala MRC: assenza di movimento.

---

**Scala di Hoehn e Yahr** (articolo 3, comma 2, lettera e)

La scala di Hoehn e Yahr è utile per definire lo stadio clinico del paziente affetto da morbo di Parkinson:

Stadio 1: Malattia unilaterale;

Stadio 2: Malattia bilaterale senza coinvolgimento dell'equilibrio;

Stadio 3: Malattia da lieve a moderata, qualche instabilità posturale indipendente;

Stadio 4: Malattia conclamata, ancora in grado di deambulare autonomamente;

Stadio 5: Paziente costretto a letto o in sedia a rotelle.

**Expanded Disability Status Scale (EDSS)** (articolo 3, comma 2, lettera e)

<b>Punteggio EDSS</b>	<b>Caratteristiche cliniche</b>
1 - 3,5	Paziente deambulante, ma sono presenti deficit neurologici evidenti in diversi sistemi funzionali (motorio, sensitivo, cerebellare, visivo, sfinterico) di grado lieve-moderato, con un impatto parziale sull'autonomia.
4	Paziente autonomo, deambulante senza aiuto e senza riposo, per circa 500 metri.
4,5	Paziente autonomo, con minime limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 300 metri.
5	Paziente non del tutto autonomo, con modeste limitazioni dell'attività completa quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 200 metri.
5,5	Paziente non del tutto autonomo, con evidenti limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 100 metri.
6	Paziente che necessita di assistenza saltuaria o costante da un lato per percorrere 100 metri senza fermarsi.
6,5	Paziente che necessita di assistenza bilaterale costante, per camminare 20 metri senza fermarsi.
7	Paziente non in grado di camminare per più di 5 metri, anche con aiuto, e necessita di sedia a rotelle, riuscendo però a spostarsi dalla stessa da solo.
7,5	Paziente che può muovere solo qualche passo. È obbligato all'uso della carrozzella, e può aver bisogno di aiuto per trasferirsi dalla stessa.
8	Paziente che è obbligato a letto non per tutta la giornata o sulla carrozzella. In genere, usa bene una o entrambe le braccia.
8,5	Paziente essenzialmente obbligato a letto. Mantiene alcune funzioni di autoassistenza, con l'uso abbastanza buono di una o entrambe le braccia.
9	Paziente obbligato a letto e dipendente. Può solo comunicare e viene alimentato.
9,5	Paziente obbligato a letto, totalmente dipendente.
10	Morte dovuta alla malattia.

ITEM	Livelli	Punteggio
<b>Alimentazione</b>	Viene alimentato, cibo di consistenza modificata	0
	Viene alimentato, cibo di consistenza ordinaria	1
	Porta il cibo alla bocca (con o senza supervisione o assistenza)	2
<b>Controllo sfinterico</b>	Non riesce a segnalare necessità di evacuazione né eventuali perdite (vescicali o intestinali)	0
	Riesce a segnalare necessità di evacuazione o eventuali perdite (vescicali o intestinali)	1
<b>Comunicazione</b>	Riesce a segnalare alcuni bisogni, attraverso un comportamento aspecifico o stereotipato	0
	Riesce a segnalare alcuni bisogni identificabili da comportamenti specifici	1
	Comunica bisogni verbalmente	2
<b>Manipolazione</b>	Manipolazione assente, oppure reazione di afferramento	0
	Afferramento palmare spontaneo	1
	Utilizza la pinza pollice-indice	2
<b>Vestizione</b>	Vestizione Passiva	0
	Si sforza di dare una qualche collaborazione	1
<b>Locomozione</b>	Stazionario anche su sedia o carrozzina	0
	Si trasferisce nell'ambiente	1
<b>Orientamento spaziale</b>	Non ha orientamento spaziale	0
	Si orienta in ambienti familiari	1
	Si orienta al di fuori del suo ambiente familiare (casa, reparto assistenziale)	2
<b>Prassie</b>	Nessuna prassia, oppure movimenti afinalistici e stereotipati	0
	Realizza prodotti plastici o grafici (incastra, connette, plasma e colora) oppure pilota una carrozzina manualmente	1
	Disegna o pilota una carrozzina elettrica	2