

Deliberazione della Giunta Regionale 6 marzo 2023, n. 18-6575

Aggiornamento delle cartelle disabilita' minori e disabilita' adulti, contenenti le valutazioni degli aspetti sociali e sanitari di cui alla D.G.R. n. 39-1523 del 12 giugno 2020. Revoca D.G.R. 2 agosto 1999, n. 74-28035 in materia di commissione centrale per le rivalutazioni cliniche.

A relazione degli Assessori Icardi, Marrone:

Premesso che:

con la 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”*, sono state approvate, ai fini di un'appropriata valutazione della disabilità, la *“Cartella della disabilità Adulti”* (Allegato A) e la *“Cartella della Disabilità Minori”* (Allegato B);

- tale provvedimento discende dal Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016 *“Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, per l'anno 2016”*, che all'art. 4, comma 1, lettera c) dispone che le Regioni si impegnino a *“implementare modalità di valutazione della non autosufficienza attraverso unità multiprofessionali (UMV), 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-psicosociale, 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”*.

Rilevato che il sistema di valutazione, introdotto a far data dal 1/09/2020, per persone con disabilità (minori ed adulti) ha colmato sul territorio regionale la disomogeneità nella definizione dei progetti per le persone con disabilità, nonché delle relative fasce/livelli di intensità assistenziale, così come era stato rilevato dal *“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, in ripetute segnalazioni.

Tenuto conto:

- che la Direzione Sanità e Welfare ha promosso con nota prot. 2334 del 21/01/2021 una prima ricognizione, fra le varie Unità Multidisciplinari di Valutazione delle disabilità (UMVD), finalizzata a raccogliere primi suggerimenti e necessità di aggiornamento delle cartelle di valutazione approvate;

-che questa prima ricognizione ha coinvolto tutte le Aziende Sanitarie Locali e gli Enti Gestori dei Servizi sociali, che congiuntamente operano nelle Unità Multidisciplinari di Valutazione, portando all'acquisizione di alcuni contributi ed osservazioni e in particolare da parte dell'ASL Città di Torino, dell'ASL TO3, dell'ASL TO5, dell'ASL AT, dell'ASL BI, dell'ASL VC, dell'ASL AL, dell'ASL NO e dell'ASL CN2.

Richiamata la Deliberazione della Giunta regionale 2 agosto 1999 n. 74-28035 avente ad oggetto *“L.R. 61/1997, All.C, punto 4 <Tutela della salute mentale>. Linee d'indirizzo per la presa in carico delle persone rivalutate ai sensi della D.G.R. n. 118-7609 del 3.4.1996 e per l'istituzione della Commissione centrale per le rivalutazioni cliniche”*, con la quale sono stati definiti i criteri per l'istituzione della suddetta commissione ed i compiti alla medesima assegnati ai fini della soluzione, su istanza delle parti interessate, delle controversie insorgenti a livello locale rispetto alle risultanze delle rivalutazioni cliniche effettuate ai sensi della normativa regionale.

Evidenziato:

- che tale Commissione dopo aver terminato i compiti assegnati in tema di “tutela della salute mentale” ha prestato supporto anche sull’esame di argomenti conseguenti alle valutazioni definite a livello locale sulle aree dell’assistenza residenziale, semi-residenziale e domiciliare per persone con disabilità , come disposto con Determinazioni Dirigenziali n. 369 del 1 giugno 2010 e n. 1514 del 11/10/2021;
- che, in tale contesto sono state proposti, in accoglimento delle osservazioni giunte, aggiornamenti delle cartelle di valutazione di cui trattasi, raccogliendo utili spunti di riflessione da parte dei Settori regionali competenti;

Considerato che:

- la commissione, per le tematiche sopra citate, non si può sostituire al ricorso in linea gerarchica, al Direttore generale dell’Azienda Sanitaria Locale, unico responsabile del riesame delle valutazioni effettuate dalle competenti commissioni;
- la commissione quindi, così come originariamente definita dalla D.G.R. n. 74-28035/1999, ha terminato i compiti ad essa assegnati e pertanto è possibile procedere alla revoca della sua istituzione;
- la Direzione Sanità e Welfare, congiuntamente fra i Settori “*Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari*” e “*Programmazione socio-assistenziale e socio-sanitaria; standard di servizio e qualità*” ha rielaborato una proposta di aggiornamento delle cartelle in argomento ponendole nuovamente in consultazione con tutte le Aziende Sanitarie Locali e gli Enti Gestori dei Servizi Sociali con nota n. 27402 del 18/07/2022.

Dato atto che a seguito della consultazione avviata nel 2022 sono giunte ulteriori osservazioni a riguardo da parte del Coordinamento degli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali, dell’ASL TO4, dell’ASL AT, del Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio Assistentziali di Cossato, dell’ASL AL e dell’ASL VC che sono state raccolte e nuovamente valutate.

Ritenuto, sulla base delle osservazioni suindicate e degli approfondimenti istruttori degli uffici regionali competenti , di riformulare le cartelle di valutazione disabilita' adulti e disabilita' minori allegati sub A e sub B alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale, disponendo in particolare quanto segue:

- le cartelle sono modulari e pertanto ogni UMVD può compilare e utilizzare i moduli che ritiene necessari, anche ricomponendone la sequenza e anche riproponendo la scheda anagrafica su più moduli;
- per ogni cartella è adottato uno schema d’informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 GDPR 2016/679 che ogni UMVD dovrà adattare alla propria organizzazione;
- sono possibili sostituzioni di item di valutazione, da parte di ciascuna UMVD, nel rispetto della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF);
- ogni UMVD, se lo ritiene necessario, può perfezionare la valutazione avvalendosi di professionalità specialistiche, ulteriori rispetto agli ordinari componenti, interne alle Aziende Sanitarie Locali e agli Enti Gestori dei Servizi Sociali;
- le cartelle aggiornate sono utilizzate dalle UMVD a decorrere dalla data del 1 aprile 2023, per tutte le nuove valutazioni/rivalutazioni delle persone con disabilità.

Ritenuto da ultimo, contestualmente all’aggiornamento delle nuove cartelle, di disporre la revoca della Deliberazione della Giunta regionale 2 agosto 1999 n. 74-28035, per le motivazioni sopra indicate.

Tutto ciò premesso;

dato atto che la presente deliberazione non comporta oneri a carico del bilancio regionale;

attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17 ottobre 2016, come modificata dalla D.G.R. n. 1-3361 del 14 giugno 2021.

la Giunta Regionale a voti unanimi resi nelle forme di legge,

delibera

1) di aggiornare le cartelle disabilita' adulti (allegato A) e disabilita' minori (Allegato B), parti integranti e sostanziali della presente deliberazione, sostitutive degli allegati A e B della D.G.R. 12 giugno 2020, n. 39-1523.

2) di stabilire che le cartelle di valutazione di cui all'allegato A e B, sono utilizzate con le seguenti specificazioni:

- le cartelle sono modulari e pertanto ogni UMVD può compilare e utilizzare i moduli che ritiene necessari, anche ricomponendone la sequenza e anche riproponendo la scheda anagrafica su più moduli;
- per ogni cartella è adottato uno schema d'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 GDPR 2016/679, che ogni UMVD dovrà adattare alla propria organizzazione;
- sono possibili sostituzioni di item di valutazione, da parte di ciascuna UMVD, nel rispetto della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF);
- ogni UMVD, se lo ritiene necessario, può perfezionare la valutazione avvalendosi di professionalità specialistiche, ulteriori rispetto agli ordinari componenti, interne alle Aziende Sanitarie Locali e agli Enti Gestori dei servizi Sociali;
- le cartelle aggiornate sono utilizzate dalle UMVD a decorrere dalla data del 1 aprile 2023, per tutte le nuove valutazioni/rivalutazioni delle persone con disabilità.

3) di disporre, a far data dell'approvazione della presente deliberazione, la revoca della Deliberazione della Giunta regionale 2 agosto 1999 n. 74-28035 "*L.R. 61/1997, All.C, punto 4 <Tutela della salute mentale>. Linee d'indirizzo per la presa in carico delle persone rivalutate ai sensi della D.G.R. n. 118-7609 del 3.4.1996 e per l'istituzione della Commissione centrale per le rivalutazioni cliniche*" con la quale era stata istituita la "*Commissione centrale per le rivalutazioni cliniche*", che ha terminato i compiti originariamente assegnati, demandando alla Direzione regionale Sanità e Welfare, l'adozione degli atti conseguenti e necessari;

4) di confermare quanto già disposto dalla D.G.R. 12 giugno 2020, n. 39-1523 che le eventuali modifiche e/o integrazioni tecniche non sostanziali alla "cartella disabilità adulti" (Allegato A) e alla "cartella disabilità minori" (Allegato B), verranno adottate con successivi provvedimenti del dirigente del Settore competente.

5) di dare atto che la presente deliberazione non comporta oneri a carico del bilancio regionale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

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

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"/>
- SCHEDA DISABILITÀ GRAVISSIMA (FNA)	<input type="checkbox"/>
- PROPOSTA DI PROGETTO INDIVIDUALE ED ESITO DELLA VALUTAZIONE DELLA PROPOSTA DA PARTE DELL'UMVD E RELATIVI INDICATORI DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	<input type="checkbox"/>
- TABELLA RIEPILOGATIVA DEI COSTI DEL PROGETTO INDIVIDUALE APPROVATO	<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

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a	Il
residente a	via
recapito telefonico	E-mail:
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 Indennità concessa a titolo di minorazione	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Domanda in corso <input type="checkbox"/> dal..... Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> quale dal quale dal Domanda in corso <input type="checkbox"/> dal

Esiste un: tutore/procuratore curatore amministratore¹ di sostegno
 Sig./Sig.ra _____ rec. tel. _____

La domanda è presentata in data / /

Da: diretto interessato tutore/procuratore curatore amministratore² 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) _____

² Se previsto dal Decreto di Amministrazione allegato alla domanda
Cartella disabilità ADULTI

Richiesta di valutazione/rivalutazione

ALLA UNITÀ MULTIDISCIPLINARE VALUTAZIONE DISABILITÀ (UMVD)

dell'ASL _____ Distretto _____

(Sportello Unico Socio-sanitario / Punto Unico di Accesso (PUA) / Segreteria UMVD)

RICHIESTA SEGNALAZIONE

di Valutazione Multidimensionale Sociosanitaria

di Rivalutazione sociale sanitaria

La richiesta è avanzata dal diretto interessato (descritto nella scheda anagrafica)

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 _____

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 amministratore³ 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)

Schema di informativa di consenso allegato in calce alla presente

³ Se previsto dal Decreto di Amministrazione

COGNOME e NOME

Valutazione Aspetti Sociali

Luogo di valutazione degli aspetti sociali		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"/>	

RELAZIONE SOCIALE

1. CONDIZIONI ABITATIVE

Deve essere valutata la condizione abitativa della famiglia di provenienza (per quanto riguarda l'affido residenziale, dev'essere valutata la condizione abitativa della famiglia affidataria).

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 (Negozi, 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, interrompere la compilazione e inserire 10 quale punteggio finale delle condizioni abitative nella casella Totale;

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 = 0,50 ** adeguati = 0; non adeguati/esterni = 0,25; non presenti = 0,50):

Riscaldamento:

12) Autonomo / centrale	0	
13) Stufa inadeguata	1	
14) Assenza riscaldamento	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

Ai sensi dell'art. 40 della L.R. 1/2004, a conclusione della fase transitoria avviata con D.G.R. n. 10-881 del 12/01/2015 sono state approvate le "linee guida applicazione della normativa ISEE di cui al DPCM 5 dicembre 2013, n. 159" con D.G.R. n. 23-6180 del 7/12/2022 a cui si rinvia.

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 di 13 e si passa alla valutazione delle CONDIZIONI ASSISTENZIALI (Area 4);

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

SÌ NO

Valutazione **conviventi**

(B1 e B2 sono alternativi fra loro; per il B3, compilare una sola voce per ogni tipo di carico, la più significativa)

B1) Presenza del coniuge / genitori / altra persona convivente in condizione documentata di non autosufficienza e/o con problemi di dipendenza e/o disturbi psichiatrici							11	
B2) Problemi documentati del coniuge / genitori / persona convivente (elevata età, problemi sanitari, episodi acuti, etc.)							9	
B3) Affaticamento del convivente (caregiver) / genitore derivante dal lavoro di cura (secondo la tabella sottoscritta) <i>Caregiver burden inventory - Cbi</i>								
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. I compiti di assistenza occupano molto del mio tempo	0	1	2	3	4		
Evolutivo	S6. Sento che sto sacrificando troppo della mia vita	0	1	2	3	4		
	S7. Desidererei poter prendere una pausa da questa situazione	0	1	2	3	4		
	S8. La mia vita sociale ha risentito del mio compito di assistenza	0	1	2	3	4		
	S9. Il compito di assistenza richiede molta energia fisica e mentale	0	1	2	3	4		
	S10. In questo momento della mia vita il compito è più difficile del solito	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 assistenza a tratti è molto provante	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. Ho la sensazione che per i miei familiari non sia facile comprendere i miei sforzi	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. Mi sento in tensione perché spesso gli altri familiari non possono aiutarmi	0	1	2	3	4	
Intensità di Carico							
LEGENDA CUT-OFF: 0-16=1; 17-33=2; 34-49=3; 50-55=4; 56-59=5; 60-69=6; 70-76=7							
B4) Problemi del convivente/i, genitore/i a svolgere lavoro di cura per impegni lavorativi o avvenimenti particolari							7

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 Giudiziarla, condizione di isolamento ed emarginazione del nucleo).			
maltrattamento/alta conflittualità	2		
presenza di minori	1,5		
devianza sociale/problematiche psichiatriche e/o di dipendenza	1,5		
disoccupazione o lavoro precario	1		Max 9 punti
segnalazione o provvedimenti dell'Autorità Giudiziarla	1		
condizione di isolamento ed emarginazione del nucleo	1		
se più componenti del nucleo presentano i problemi sopradescritti	1		
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			18
Totale B = punteggio raggiunto diviso per 4 (max. 52/4 = 13)			

- **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.)
(scegliere una sola voce - la più significativa)

C1) Non ci sono familiari che svolgano il lavoro di cura	13	
C2) Ci sono familiari in grado di supportare in modo non continuativo il disabile	11	
C3) È presente una rete significativa di buon vicinato/volontariato (da considerare solo il supporto a titolo gratuito]	7	

4. CONDIZIONI ASSISTENZIALI

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

Gli item proposti sono stati scelti in modo da rappresentare gli ambiti in cui è valutabile la performance di un individuo nel suo ambiente attuale per quanto riguarda gli aspetti sociali. Tali item sono stati bilanciati con quelli relativi agli aspetti sanitari.

Ciascuno degli item può tuttavia essere sostituito con altri collocati nei singoli sottocapitoli relativi all'attività e partecipazione qualora l'item individuato sia più confacente di quello predefinito a rappresentare la performance del soggetto (p.es., sostituzione di item d1... con altro item d1...; sostituzione di item b3... con altro item b3...) avendo cura di evitare sovrapposizioni o doppie valutazioni rispetto all'analogia scheda sanitaria.

Si precisa, inoltre, che nella scelta del qualificatore occorre tenere in considerazione come parametro di riferimento l'età del soggetto all'atto della valutazione rispetto ai coetanei.

Non si è tuttavia necessariamente tenuti a sostituire eventuali item il cui grado di limitazione dell'attività sia non specificato (n.s.) o non applicabile (n.a.).

4A. Persona valutata a domicilio

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.

La descrizione deve essere fatta in termini di **Performance senza assistenza** (indipendentemente dall'aiuto dei familiari conviventi)

PERFORMANCE (quello che l'individuo fa nel suo ambiente attuale)	
<u>Legenda dei Gradi di limitazione dell'Attività:</u>	
Nessuna difficoltà: significa che la persona non presenta il problema.	0
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.	1
Difficoltà media: significa che il problema è presente in meno del 50% del tempo, con	2

un'intensità che interferisce nella vita quotidiana della persona e che si è presentato occasionalmente negli ultimi 30 giorni.	
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.	3
Difficoltà completa: 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
Non specificato: significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione.	n.s.
Non applicabile: 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
D5. CURA DELLA PROPRIA PERSONA			
d510 LAVARSI 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: lavare il proprio corpo o parti di esso e asciugarsi</i> <i>Esclusioni: prendersi cura di singole parti del corpo (d520); Bisogni corporali (d530)</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"/>	
d520 PRENDERSI CURA DI SINGOLE PARTI DEL CORPO 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: curare la pelle, i denti, i capelli e i peli, le unghie delle mani e dei piedi</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"/>	

	n.s. <input type="checkbox"/>		
<i>Esclusioni: lavarsi (d510); Bisogni corporali (d530).</i>	n.a <input type="checkbox"/>		
d540 VESTIRSI Eeguire 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: mettersi e togliersi indumenti e calzature e scegliere l'abbigliamento appropriato.</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"/>	
d550 MANGIARE Eeguire 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.	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"/>	
D6. VITA DOMESTICA			
d630 PREPARARE I PASTI 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: preparare pasti semplici e complessi.</i> <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>	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"/>	
d640 FARE I LAVORI DOMESTICI 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	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"/>	

<p>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>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.</p> <p>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).</p>	<p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>n.s. <input type="checkbox"/></p> <p>n.a. <input type="checkbox"/></p>		
<p>D8. AREE DI VITA PRINCIPALI</p> <p><u>sceglierne solo uno dei due, in alternativa:</u></p>			
<p>d850 LAVORO RETRIBUITO <input type="checkbox"/></p> <p>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.</p> <p>Inclusioni: lavoro autonomo, lavoro part-time e a tempo pieno</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>d855 LAVORO NON RETRIBUITO <input type="checkbox"/></p> <p>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.</p> <p>Esclusione: Capitolo 6 - Vita domestica</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>	

D9. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITÀ			
d920 RICREAZIONE E TEMPO LIBERO (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"/>	O <input type="checkbox"/>	
	2 <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	
	3 <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	
	4 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	
<i>Inclusioni: gioco, sport, arte e cultura, artigianato, hobby e socializzazione</i>	n.s. <input type="checkbox"/>		
<i>Esclusioni: cavalcare animali per farsi trasportare (d480); lavoro retribuito e non retribuito (d850 e d855); religione e spiritualità (d930); vita politica e cittadinanza (d950).</i>	n.a. <input type="checkbox"/>		
Totale 4A = punteggio raggiunto diviso per 2 (max. 32/2=16)			

Il riquadro sottostante è da compilarsi nel solo caso in cui si sostituiscano i sopra riportati item con nuovi item derivati dal manuale I.C.F.

Codice item sostituito	Codice item in sostituzione	Titolo item in sostituzione (da manuale ICF)	Motivo della sostituzione	Punteggio assegnato	Fonte dati (O, D, I, E)

4 B. Persona valutata con progetto residenziale in essere
Da compilare soltanto se è già inserita nella struttura residenziale

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

B1) Inserimento concordato dal valutato e/o dai familiari / tutore / amministratore di sostegno ⁴ per rispondere ad una urgenza sociale per impossibilità di rimanere a domicilio, la quale permane al momento della valutazione	4
B2) Non disponibilità di uno spazio abitativo adeguato o mancanza di alternativa abitativa alla residenzialità	4
B3) Assenza di persone che mantengano un significativo rapporto con il valutato	2
B4) Grave difficoltà o assenza di un caregiver che permetta un progetto di domiciliarità (punteggio "Area condizioni familiari ≥ di 16)	5
B5) Espresa volontà di rimanere in struttura dell'interessato	1
Subtotale (max. 16)	

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

BISOGNI				Punteggio di riga
	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	
Subtotale = sommatoria dei punteggi di riga divisa per 4 (max. 8/4 = 2)				

**Totale 4B
(max. 18)**

⁴ Se previsto dal Decreto di Amministrazione

SINTESI VALUTAZIONE ASPETTI SOCIALI

1) condizione abitativa:

0	1 - 5	6 - 10
0	1	2

2) condizione economica (grado da valutare e valorizzare a cura di ogni Comune/Ente Gestore, sulla base dei propri Regolamenti, conformemente alla normativa vigente, riconducendolo a una scala da 0 a 4):

0	1	2	3	4

3) condizione familiare:

0	Maggiore di 0 e minore 3	Maggiore o uguale a 3 e minore di 8	Maggiore o uguale a 8 e minore di 12	Maggiore o uguale a 12
0	1	2	3	4

4) condizione assistenziale:

0	Maggiore di 0 e minore di 7	Maggiore o uguale a 7 e minore di 13	Maggiore o uguale a 13 e minore di 16	Maggiore o uguale a 16
0	1	2	3	4

<i>Totale punteggio sociale</i>	
---------------------------------	--

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

<i>Il Referente sociale</i>		
<i>Nome e cognome</i>	<i>Qualifica</i>	<i>Firma leggibile</i>

Eventuali osservazioni

Luogo e data _____

COGNOME e NOME.....

Valutazione Aspetti Sanitari

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"/>	

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

Ricoveri e visite specialistiche nell'ultimo anno: SI NO

Se SI dove: _____

Ausili: _____

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"/>
Cateterismo vescicale	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**.

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

PERFORMANCE (quello che l'individuo fa nel suo ambiente attuale)	
<u>Legenda dei Gradi di limitazione dell'Attività:</u>	
Nessuna difficoltà: significa che la persona non presenta il problema.	0
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.	1
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.	2
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.	3
Difficoltà completa: 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
Non specificato: significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione.	n.s.
Non applicabile: 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

Gli item proposti sono stati scelti in modo da rappresentare gli ambiti in cui è valutabile la performance di un individuo nel suo ambiente attuale per quanto riguarda gli aspetti sanitari. Tali item sono stati bilanciati con quelli relativi agli aspetti sociali.

Ciascuno degli item può tuttavia essere sostituito con altri collocati nei singoli sottocapitoli relativi all'attività e partecipazione qualora l'item individuato sia più confacente di quello predefinito a rappresentare la performance del soggetto (p.es., sostituzione di item d1... con altro item d1...; sostituzione di item b3... con altro item b3...) avendo cura di evitare sovrapposizioni o doppie valutazioni rispetto alla analoga scheda sociale.

Si precisa, inoltre, che nella scelta del qualificatore occorre tenere in considerazione come parametro di riferimento l'età del soggetto all'atto della valutazione rispetto ai coetanei.

Non si è tuttavia necessariamente tenuti a sostituire eventuali item il cui grado di limitazione dell'attività sia non specificato (n.s.) o non applicabile (n.a.).

Non

CHECK-LIST ATTIVITÀ	Grado di limitazione dell'attività	Fonte dati	Note
D1. APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLA CONOSCENZA			
d110 GUARDARE 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"/>	
d115 ASCOLTARE 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"/>	
d155 ACQUISIZIONE DI ABILITÀ 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"/>	
d166 LETTURA 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 <i>Esclusione: imparare a leggere (d140)</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"/>	
d170 SCRITTURA Utilizzare o produrre simboli o linguaggio per comunicare	0 <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/>	

<p>informazioni, come produrre una documentazione scritta di eventi o idee o scrivere una lettera.</p> <p><i>Esclusione: imparare a scrivere (d145)</i></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>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	
<p>d172 CALCOLO</p> <p>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>	<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>d175 RISOLUZIONE DI PROBLEMI</p> <p>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>	<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>	
TOTALE D1 =			
D2. COMPITI E RICHIESTE GENERALI			
<p>d230 Eseguire la routine quotidiana</p> <p>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>	<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>d250 CONTROLLARE IL PROPRIO COMPORTAMENTO</p> <p>Eseguire azioni semplici o complesse e coordinate in modo coerente in</p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p>	

risposta a situazioni, persone o esperienze nuove, ad es. fare silenzio in biblioteca.	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
TOTALE D2 =			
D3. COMUNICAZIONE			
d310 COMUNICARE CON - RICEVERE - MESSAGGI VERBALI 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"/>	
d315 COMUNICARE CON - RICEVERE - MESSAGGI NON-VERBALI 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"/>	
d330 PARLARE 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"/>	
d335 PRODURRE MESSAGGI NON-VERBALI 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.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	

<p>Inclusioni: produrre gesti con il corpo, segni, simboli, disegni e fotografie</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>E <input type="checkbox"/></p>	
<p>d350 CONVERSAZIONE</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>Inclusioni: 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>d360 UTILIZZO DI STRUMENTI E TECNICHE DI COMUNICAZIONE</p> <p>Utilizzare strumenti, tecniche e altri mezzi per scopi comunicativi, come chiamare un amico al telefono.</p> <p>Inclusioni: 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>	
TOTALE D3 =			
D4. MOBILITÀ			
<p>d410 CAMBIARE POSIZIONE CORPOREA DI BASE</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>Inclusioni: cambiare posizione dall'essere sdraiati, accovacciati o inginocchiati, da seduti o in piedi, piegandosi e spostando il baricentro del corpo</p> <p>Esclusione: 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>d420 TRASFERIRSI</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>Inclusioni: trasferirsi da seduti o da sdraiati</p> <p>Esclusione: cambiare la posizione corporea di base (d410)</p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <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>	

	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>		
d430 SOLLEVARE E TRASPORTARE OGGETTI Sollevare 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. <i>Inclusioni: sollevare, portare in mano o sulle braccia, o sulle spalle, sul fianco, sulla schiena o sulla testa; mettere giù</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"/>	
d440 USO FINE DELLA MANO 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. <i>Inclusioni: raccogliere, afferrare, manipolare e lasciare</i> <i>Esclusione: sollevare e trasportare oggetti (d430)</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"/>	
d450 CAMMINARE 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"/>	

<p>d465 SPOSTARSI USANDO APPARECCHIATURE/AUSILI (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>Esclusioni: 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>d470 USARE UN MEZZO DI TRASPORTO (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>Inclusioni: usare mezzi di trasporto a trazione umana; usare mezzi di trasporto privati motorizzati o pubblici</p> <p>Esclusioni: 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>d475 GUIDARE (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>Inclusioni: guidare mezzi di trasporto a trazione umana, veicoli motorizzati, veicoli a trazione animale</p> <p>Esclusioni: 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"/>	
TOTALE D4 =			
D5. CURA DELLA PROPRIA PERSONA			
<p>d530 BISOGNI CORPORALI</p> <p>Manifestare il bisogno di pianificare ed espletare l'eliminazione di prodotti organici (mestruazioni, minzione e defecazione) e poi pulirsi.</p> <p>Inclusioni: regolare la minzione, la defecazione e la cura relativa alle mestruazioni</p> <p>Esclusioni: 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>d570 PRENDERSI CURA DELLA PROPRIA SALUTE</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>d571 BADARE ALLA PROPRIA SICUREZZA</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>	
TOTALE D5 =			
D6. VITA DOMESTICA			
<p>d620 PROCURARSI BENI E SERVIZI</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>	
TOTALE D6 =			
D7. INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI			
<p>d730 ENTRARE IN RELAZIONE CON ESTRANEI</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>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p> <p>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	

	n.a. <input type="checkbox"/>		
d740 RELAZIONI FORMALI 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"/>	
d750 RELAZIONI SOCIALI INFORMALI 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"/>	
d760 RELAZIONI FAMILIARI 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"/>	
d770 RELAZIONI INTIME Creare e mantenere relazioni strette o sentimentali tra individui, come tra marito e moglie, tra fidanzati o partner sessuali. <i>Inclusioni: relazioni romantiche, coniugali e sessuali</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 D7 =			
D8. AREE DI VITA PRINCIPALI			

<p>d820 ISTRUZIONE SCOLASTICA</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>d825 FORMAZIONE PROFESSIONALE</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>d860 TRANSAZIONI ECONOMICHE SEMPLICI</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>	
TOTALE D8 =			
D9. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITÀ			
<p>d910 VITA NELLA COMUNITA'</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>d920 RICREAZIONE E TEMPO LIBERO (solo in termini di</p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p>	

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>	1 <input type="checkbox"/>		
	2 <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	
	3 <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	
	4 <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	
	n.s. <input type="checkbox"/>		
	n.a. <input type="checkbox"/>		
TOTALE D9 =			

Il riquadro sottostante è da compilarsi nel solo caso in cui si sostituiscano i sopra riportati item con nuovi item derivati dal manuale I.C.F.

Codice item sostituito	Codice item in sostituzione	Titolo item in sostituzione (da manuale ICF)	Motivo della sostituzione	Punteggio assegnato	Fonte dati (O, D, I, E)

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 - 4	5-8
0	1

Totale punteggio sanitario	
----------------------------	--

I valutatori	Nome e cognome	Firma leggibile
Medico		
Infermiere		
Psicologo/a		
Altro professionista sanitario (specificare)		

Altro (specificare)		
Altro (specificare)		

<i>Il Referente sanitario</i>		
<i>Nome e cognome</i>	<i>Qualifica</i>	<i>Firma leggibile</i>

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
Maggiore di 18	ALTA
10-18	MEDIA
4-9	BASSA

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

Scheda da compilare e relative scale da somministrare esclusivamente a seguito di verifica che la persona valutata sia beneficiaria di indennità di accompagnamento

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) ≤ 10</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) ≥ 4</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 ≤ 1 ai quattro arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9, 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"> - <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> - <i>Interessi ristretti e comportamenti ripetitivi: preoccupazioni, rituali fissi e/o comportamenti ripetitivi che interferiscono marcatamente con il funzionamento in tutte le sfere.</i> <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 ≤ 34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8</p>
I		<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"/>	I 1	<p>Persona con dipendenza nelle seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • motricità: <ul style="list-style-type: none"> - dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività svolta completamente da un'altra persona • respirazione: <ul style="list-style-type: none"> - necessità di aspirazione quotidiana - presenza di tracheostomia
	<input type="checkbox"/>	I 2	<p>Persona con dipendenza nelle seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • motricità: <ul style="list-style-type: none"> - dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività completamente da un'altra persona • nutrizione: <ul style="list-style-type: none"> - necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi - combinata orale e enterale /parenterale - solo tramite sondino naso-gastrico (SNG) - solo tramite gastrostomia (es. PEG) - solo parenterale attraverso catetere venoso centrale (CVC)
	<input type="checkbox"/>	I 3	<p>Persona con dipendenza nelle seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stato di coscienza: <ul style="list-style-type: none"> - compromissione severa: raramente/mai prende decisioni - persona non cosciente • respirazione: <ul style="list-style-type: none"> - necessità di aspirazione quotidiana - presenza di tracheostomia
	<input type="checkbox"/>	I 4	<p>Persona con dipendenza nelle seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stato di coscienza: <ul style="list-style-type: none"> - compromissione severa: raramente/mai prende decisioni - persona non cosciente • nutrizione: <ul style="list-style-type: none"> - necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi - combinata orale e enterale /parenterale - solo tramite sondino naso-gastrico (SNG) - solo tramite gastrostomia (es. PEG) - solo parenterale attraverso catetere venoso centrale (CVC)

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

Apertura occhi	Spontanea	4
	Agli stimoli verbali	3
	Solo al dolore	2
	Nessuna risposta	1
Risposta verbale		
	Orientata appropriata	5
	Confusa	4
	Con parole inappropriate	3
	Con parole incomprensibili	2
	Nessuna risposta	1
Risposta Motoria		
	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

	NORMALE CDR 0	DEMENZA DUBBIA CDR 0.5	DEMENZA LIEVE CDR 1	DEMENZA MODERATA CDR 2	DEMENZA GRAVE CDR 3
Memoria	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
Orientamento	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
Giudizio soluzione problemi	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
Attività sociali	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
Casa e hobby	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
Cura personale	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>

A = completa	Deficit sensitivo e motorio completo a livello S4-S5
B = incompleta	Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include S4-S5
C = incompleta	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a 3
D = incompleta	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
E = normale	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)

Punteggio EDSS	Caratteristiche cliniche
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
Alimentazione	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
Controllo sfinterico	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
Comunicazione	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
Manipolazione	Manipolazione assente, oppure reazione di afferramento	0
	Afferramento palmare spontaneo	1
	Utilizza la pinza pollice-indice	2
Vestizione	Vestizione Passiva	0
	Si sforza di dare una qualche collaborazione	1
Locomozione	Stazionario anche su sedia o carrozzina	0
	Si trasferisce nell'ambiente	1
Orientamento spaziale	Non ha orientamento spaziale	0
	Si orienta in ambienti familiari	1
	Si orienta al di fuori del suo ambiente familiare (casa, reparto assistenziale)	2
Prassie	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

Il Valutatore sanitario compilatore della Scheda FNA

Nome e cognome	Qualifica	Struttura sanitaria pubblica/accreditata di appartenenza	Firma leggibile

UMVD ASL: _____ DISTRETTO: _____ COMUNE/ENTE GESTORE. _____

PROPOSTA DI PROGETTO INDIVIDUALE

Cognome e Nome _____

Referente Sanitario _____

Referente Sociale _____

RIEPILOGO VALUTAZIONE INTEGRATA

Prima Valutazione

Rivalutazione

PUNTEGGIO TOTALE

ASPETTI SOCIALI (MAX 14)	PUNTEGGIO: _____
ASPETTI SANITARI (MAX 14)	PUNTEGGIO: _____
TOTALE PUNTEGGIO (0-28)	PUNTEGGIO: _____

CONCLUSIONI DELLA VALUTAZIONE

Problema/i rilevato/i: _____

Obiettivo/i: _____

TIPOLOGIA DELLA PROPOSTA DI PROGETTO*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> RESIDENZIALE TEMPORANEO | <input type="checkbox"/> RESIDENZIALE NON TEMPORANEO |
| <input type="checkbox"/> SEMIRESIDENZIALE TEMPORANEO | <input type="checkbox"/> SEMIRESIDENZIALE NON TEMPORANEO |
| <input type="checkbox"/> DOMICILIARE TEMPORANEO | <input type="checkbox"/> DOMICILIARE NON TEMPORANEO |
| <input type="checkbox"/> EDUCATIVA TERRITORIALE TEMPORANEO | <input type="checkbox"/> EDUCATIVA TERRITORIALE NON TEMPORANEO |

* È possibile selezionare un solo tipo di progetto oppure un mix di prestazioni:

TIPO DI PRIORITÀ

- Persona con malattia terminale o con grave patologia progressiva
- Persona in condizione di gravità (ex Legge n. 104/92) o titolare di indennità di accompagnamento
- Persona con Progetto di de-istituzionalizzazione
- Persona a grave rischio di istituzionalizzazione
- Persona in urgente stato di necessità di assistenza a seguito di mancanza (anche temporanea) del caregiver

OBIETTIVI GENERALI DELLA PROPOSTA DI PROGETTO:

Eventuali osservazioni dell'interessato o del familiare o del Legale rappresentante (specificare tipologia di Legale rappresentante _____):

PROPOSTA DI PROGETTO INDIVIDUALE RESIDENZIALE

- prima proposta rinnovo ridefinizione
(temporaneo o non temporaneo)

PUNTEGGIO VALUTAZIONE SANITARIA	
--	--

Punteggio Aspetti Sanitari	5-6	7-10	11-14
Livello di intensità assistenziale proposto	BASSA	MEDIA	ALTA

Note dei Referenti:

Tipologia di struttura proposta: _____

Denominazione struttura proposta: _____

Indirizzo: _____

Il livello d'intensità assistenziale determinato orienta nella scelta della tipologia di struttura così come normata dalle D.G.R. n. 51-11389/2003 - Allegato B e D.G.R. n. 18-6836/2018.

Il livello di intensità assistenziale non determina necessariamente il livello di complessità delle prestazioni: nell'ambito della tipologia di struttura individuata, deve essere esplicitato il livello di complessità delle prestazioni (base, medio, alto) determinandolo sulla base del profilo di funzionamento e dev'essere indicata la relativa percentuale di incremento tariffario partendo in ogni caso dal livello base.

- Livello di complessità delle prestazioni proposto (basso/medio/alto): _____;
- Percentuale di incremento proposta (per i soli livelli medio e alto rispetto al livello base): +_____ %.

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO PROPOSTO *	ATTIVITÀ/AZIONI PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO	RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE/EROGAZIONE DELL'ATTIVITÀ/AZIONE	INDICATORI DI MONITORAGGIO (avanzamento, etc.) e relative soglie	RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO	INDICATORI DI VALUTAZIONE E e relative soglie	RESPONSABILE DELLA VALUTAZIONE

* Tra gli obiettivi specifici del progetto proposto deve essere inserita la comparazione tra l'assessment funzionale della performance, sociale e sanitaria, a inizio intervento e alle successive ridefinizioni.

In caso di rinnovo, negli indicatori di monitoraggio devono essere sempre previsti il gradimento della persona e/o della famiglia (insufficiente, sufficiente, buono, ottimo, altro specificare)

	TARIFFA TOTALE (€ IVA COMPRESA)	di cui quota sanitaria (€ IVA COMPRESA)	di cui quota Utente/Comune/Ente gestore (€ IVA COMPRESA)
Retta giornaliera residenziale proposta			
Costo totale delle eventuali prestazioni aggiuntive proposte*			
Numero di giorni di presa in carico mensile proposto			
Spesa mensile proposta			
Durata proposta del progetto			

*Possono essere proposte eventuali prestazioni aggiuntive ritenute necessarie per eccezionali condizioni cliniche. Tali prestazioni corrispondenti al costo complessivo indicato sono le seguenti:

TIPO PRESTAZIONE AGGIUNTIVA	NUMERO DI PRESTAZIONI TOTALI	FREQUENZA DELLA PRESTAZIONE (giornaliera/settimanale/mensile)	NUMERO PRESTAZIONI (sulla base della frequenza indicata: al giorno/a settimana/al mese)	COSTO DELLA PRESTAZIONE (sulla base della frequenza indicata: al giorno/a settimana/al mese)
COSTO TOTALE DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PROPOSTE				

Firma Referente Sociale: _____

Firma Referente Sanitario: _____

Firma interessato o del suo Legale rappresentante (specificare tipologia di Legale rappresentante _____): _____

Luogo e data _____

ESITO DELLA VALUTAZIONE DELLA PROPOSTA DI PROGETTO RESIDENZIALE DA PARTE DELLA COMMISSIONE UMVD

NON APPROVATO (indicare motivazioni): _____

APPROVATO SENZA MODIFICHE

APPROVATO CON MODIFICHE (specificare): _____

Intensità assistenziale attribuita (bassa/media/alta) (specificare a lato)	
--	--

L'UMVD ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella proposta dai referenti sociale e sanitario, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

Il livello d'intensità assistenziale riconosciuto orienta nella scelta della tipologia di struttura così come normata dalle D.G.R. n. 51-11389/2003 - Allegato B e D.G.R. n. 18-6836/2018.

Il livello di intensità assistenziale non determina necessariamente il livello di complessità delle prestazioni: nell'ambito della tipologia di struttura individuata, l'UMVD, sulla base della documentazione agli atti, deve esplicitare il livello di complessità delle prestazioni (base, medio, alto) con relativa percentuale di incremento tariffario partendo in ogni caso dal livello base.

- Livello di complessità delle prestazioni attribuito (basso/medio/alto): _____;
- Percentuale di incremento attribuita (per i soli livelli medio e alto rispetto al livello base): + _____%.

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO	ATTIVITÀ/AZIONI PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO	RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE/EROGAZIONE DELL'ATTIVITÀ/AZIONE	INDICATORI DI MONITORAGGIO (avanzamento, etc.) e relative soglie	RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO	INDICATORI DI VALUTAZIONE e relative soglie	RESPONSABILE DELLA VALUTAZIONE

Tipologia di struttura: _____

Denominazione struttura: _____

Indirizzo: _____

	TARIFFA TOTALE (€ IVA COMPRESA)	di cui quota sanitaria (€ IVA COMPRESA)	di cui quota Utente/Comune/Ente gestore (€ IVA COMPRESA)
Retta giornaliera residenziale			
Costo totale delle eventuali prestazioni aggiuntive*			
Numero di giorni di presa in carico mensile			
Spesa mensile			
Durata del progetto (solo se temporaneo)			

*Possono essere approvate eventuali prestazioni aggiuntive ritenute necessarie per eccezionali condizioni cliniche. Tali prestazioni corrispondenti al costo complessivo indicato sono le seguenti:

TIPO PRESTAZIONE AGGIUNTIVA	NUMERO DI PRESTAZIONI TOTALI	FREQUENZA DELLA PRESTAZIONE (giornaliera/settimanale/mensile)	NUMERO PRESTAZIONI (sulla base della frequenza indicata: al giorno/a settimana/al mese)	COSTO DELLA PRESTAZIONE (sulla base della frequenza indicata: al giorno/a settimana/al mese)
COSTO TOTALE DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE APPROVATO				

PROPOSTA DI PROGETTO INDIVIDUALE SEMIRESIDENZIALE

prima proposta rinnovo ridefinizione
(temporaneo o non temporaneo)

PUNTEGGIO VALUTAZIONE SANITARIA	
---------------------------------	--

Punteggio Aspetti Sanitari	5-6	7-10	11-14
Livello di Intensità assistenziale proposto (bassa/media/alta)	BASSA	MEDIA	ALTA

Note dei Referenti:

Tipologia di struttura proposta: _____

Denominazione struttura proposta: _____

Indirizzo: _____

Il livello d'intensità assistenziale determinato orienta nella scelta della tipologia di struttura così come normata dalle D.G.R. n. 51-11389/2003 - Allegato B e D.G.R. n. 18-6836/2018.

Il livello di intensità assistenziale non determina necessariamente il livello di complessità delle prestazioni: nell'ambito della tipologia di struttura individuata, deve essere esplicitato il livello di complessità delle prestazioni (base, medio, alto) determinandolo sulla base del profilo di funzionamento e dev'essere indicata la relativa percentuale di incremento tariffario partendo in ogni caso dal livello base.

- Livello di complessità delle prestazioni proposto (basso/medio/alto): _____;
- Percentuale di incremento proposta (per i soli livelli medio e alto rispetto al livello base): + _____%.

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO PROPOSTO*	ATTIVITÀ/AZIONI PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO	RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE/EROGAZIONE DELL'ATTIVITÀ/AZIONE	INDICATORI DI MONITORAGGIO (avanzamento, etc.) e relative soglie	RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO	INDICATORI DI VALUTAZIONE E e relative soglie	RESPONSABILE DELLA VALUTAZIONE

* Tra gli obiettivi specifici del progetto proposto deve essere inserita la comparazione tra l'assessment funzionale della performance, sociale e sanitaria, a inizio intervento e alle successive ridefinizioni.

In caso di rinnovo, negli indicatori di monitoraggio devono essere sempre previsti il gradimento della persona e/o della famiglia (insufficiente, sufficiente, buono, ottimo, altro specificare)

	SPESA TOTALE (€ IVA compresa)	di cui quota sanitaria (€ IVA compresa)	di cui quota utente (€ IVA compresa)	di cui quota Comune o Ente gestore (€ IVA compresa)
Retta giornaliera Semiresidenziale proposta				
Numero di giorni di frequenza settimanale proposto				
Costo totale delle eventuali prestazioni aggiuntive proposte*				
Spesa mensile proposta				
Durata proposta del progetto				

*Possono essere proposte eventuali prestazioni aggiuntive ritenute necessarie per eccezionali condizioni cliniche.

Tali prestazioni corrispondenti al costo complessivo indicato sono le seguenti:

TIPO PRESTAZIONE AGGIUNTIVA	NUMERO DI PRESTAZIONI TOTALI	FREQUENZA DELLA PRESTAZIONE (giornaliera/settimanale/mensile)	NUMERO PRESTAZIONI (sulla base della frequenza indicata: al giorno/a settimana/al mese)	COSTO DELLA PRESTAZIONE (sulla base della frequenza indicata: al giorno/a settimana/al mese)
COSTO TOTALE DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PROPOSTE				

Firma Referente Sociale: _____

Firma Referente Sanitario: _____

Firma interessato o del suo Legale Rappresentante (specificare tipologia di Legale rappresentante _____): _____

Luogo e data _____

ESITO DELLA VALUTAZIONE DELLA PROPOSTA DI PROGETTO SEMIRESIDENZIALE DA PARTE DELLA COMMISSIONE UMVD

NON APPROVATO (indicare motivazioni): _____

APPROVATO SENZA MODIFICHE

APPROVATO CON MODIFICHE (specificare): _____

Intensità assistenziale attribuita (bassa/media/alta) (specificare a lato)	
--	--

L'UMVD ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella proposta dai referenti sociale e sanitario, qualora lo reputerà necessario e precisandone le motivazioni (D.G.R. n. 51-11389/2003 - All. 2)

Il livello d'intensità assistenziale riconosciuto orienta nella scelta della tipologia di struttura così come normata dalle D.G.R. n. 51-11389/2003 - Allegato B e D.G.R. n. 18-6836/2018.

Il livello di intensità assistenziale non determina necessariamente il livello di complessità delle prestazioni: nell'ambito della tipologia di struttura individuata, l'UMVD, sulla base della documentazione agli atti, deve esplicitare il livello di complessità delle prestazioni (base, medio, alto) con relativa percentuale di incremento tariffario partendo in ogni caso dal livello base:

- Livello di complessità delle prestazioni attribuito (basso/medio/alto): _____;
- Percentuale di incremento attribuita (per i soli livelli medio e alto rispetto al livello base): + _____%.

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO	ATTIVITÀ/AZIONI PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO	RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE/EROGAZIONE E DELL'ATTIVITÀ/AZIONE	INDICATORI DI MONITORAGGIO (avanzamento, etc.) e relative soglie	RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO	INDICATORI DI VALUTAZIONE E relative soglie	RESPONSABILE DELLA VALUTAZIONE

Tipologia di struttura: _____

Denominazione struttura: _____

Indirizzo: _____

	SPESA TOTALE (€ IVA compresa)	di cui quota sanitaria (€ IVA compresa)	di cui quota utente (€ IVA compresa)	di cui quota Comune o Ente gestore (€ IVA compresa)
Retta giornaliera Semiresidenziale				
Numero di giorni di frequenza settimanale				
Costo totale delle eventuali prestazioni aggiuntive*				
Spesa mensile				

Durata del progetto				
----------------------------	--	--	--	--

*Possono essere approvate eventuali prestazioni aggiuntive ritenute necessarie per eccezionali condizioni cliniche. Tali prestazioni corrispondenti al costo complessivo indicato sono le seguenti:

TIPO PRESTAZIONE AGGIUNTIVA	NUMERO DI PRESTAZIONI TOTALI	FREQUENZA DELLA PRESTAZIONE (giornaliera/settimanale/mensile)	NUMERO PRESTAZIONI (sulla base della frequenza indicata: al giorno/a settimana/al mese)	COSTO DELLA PRESTAZIONE (sulla base della frequenza indicata: al giorno/a settimana/al mese)
COSTO TOTALE DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE APPROVATO				

PROPOSTA DI PROGETTO INDIVIDUALE DOMICILIARE

prima proposta rinnovo ridefinizione
(temporaneo o non temporaneo)

PUNTEGGIO CONDIZIONE ABITATIVA	
PUNTEGGIO CONDIZIONE FAMILIARE	
PUNTEGGIO CONDIZIONE ASSISTENZIALE	
PUNTEGGIO CONDIZIONE SANITARIA	
PUNTEGGIO TOTALE	

PUNTEGGIO	4-9	10-18	Maggiore di 18
Intensità assistenziale proposta (bassa/media/alta)	BASSA	MEDIA	ALTA

Note dei Referenti: _____

Case manager proposto _____

Recapito telefonico _____

E-mail _____

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO PROPOSTO *	ATTIVITÀ/AZIONI PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO	RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE/EROGAZIONE E DELL'ATTIVITÀ/AZIONE	INDICATORI DI MONITORAGGI O (avanzamento, etc.) e relative soglie	RESPONSABILE DEL MONITORAGGI O	INDICATORI DI VALUTAZIONE E relative soglie	RESPONSABILE DELLA VALUTAZIONE

* Tra gli obiettivi specifici del progetto proposto deve essere inserita la comparazione tra l'assessment funzionale della performance, sociale e sanitaria, a inizio intervento e alle successive ridefinizioni

In caso di rinnovo, negli indicatori di monitoraggio devono essere sempre previsti il gradimento della persona e/o della famiglia (insufficiente, sufficiente, buono, ottimo, altro specificare)

ELENCO PRESTAZIONI INTERVENTI DOMICILIARI PROPOSTE (specificare)

NUMERO PROGRESSIVO	PRESTAZIONE PROPOSTA E/O FIGURA PROFESSIONALE	NUMERO DI ORE O DI PRESTAZIONI	FREQUENZA DELLA PRESTAZIONE

DELLA PRESTAZIONE	EROGANTE		(settimanale, mensile, etc.)
Prestazione 1			
Prestazione 2			
Prestazione 3			
Prestazione ...			

La prestazione si può configurare come Tariffa oraria, singola prestazione o contributo in denaro.

RISORSE ECONOMICHE DEDICATE AL PROGETTO INDIVIDUATO:

	TOTALE (€ IVA compresa)	di cui quota sanitaria (€ IVA compresa)	di cui quota utente (€ IVA compresa)	di cui quota Comune o Ente gestore (€ IVA compresa)
<input type="checkbox"/> Prestazione1: tariffa oraria o per prestazione o importo contributo proposta/o				
<input type="checkbox"/> Prestazione2: tariffa oraria o per prestazione o importo contributo proposta/o				
<input type="checkbox"/> Prestazione3: tariffa oraria o per prestazione o importo contributo proposta/o				
<input type="checkbox"/> Prestazione ...: tariffa oraria o per prestazione o importo contributo proposta/o				
<input type="checkbox"/> Spesa mensile totale proposta				

INDICAZIONE PROGETTO (Giorni e orari di frequenza, tipologia di intervento, etc.)

Firma Referente Sociale: _____

Firma Referente Sanitario: _____

Firma interessato o del suo Legale Rappresentante (specificare tipologia di Legale rappresentante _____): _____

Luogo e data _____

**ESITO DELL'ESAME DELLA PROPOSTA DI PROGETTO DOMICILIARE DA PARTE DELLA
COMMISSIONE UMVD**

NON APPROVATO (indicare motivazioni): _____

APPROVATO SENZA MODIFICHE

APPROVATO CON MODIFICHE (specificare): _____

Intensità assistenziale attribuita (bassa/media/alta) (specificare a lato)	
Case manager	

L'UMVD ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella proposta dai referenti sociale e sanitario, qualora lo reputerà necessario e precisandone le motivazioni

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO	ATTIVITÀ/AZIONI PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO	RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE/EROGAZIONE E DELL'ATTIVITÀ/AZIONE	INDICATORI DI MONITORAGGI O (avanzamento, etc.) e relative soglie	RESPONSABILE DEL MONITORAGGI O	INDICATORI DI VALUTAZIONE E e relative soglie	RESPONSABILE DELLA VALUTAZIONE

ELENCO PRESTAZIONI DI INTERVENTI DOMICILIARI (specificare)

NUMERO PROGRESSIVO DELLA PRESTAZIONE	PRESTAZIONE E/O FIGURA PROFESSIONALE EROGANTE	NUMERO DI ORE O DI PRESTAZIONI	FREQUENZA DELLA PRESTAZIONE (settimanale, mensile, etc.)
Prestazione 1			
Prestazione 2			
Prestazione 3			

Prestazione ...			

La prestazione si può configurare come Tariffa oraria, singola prestazione o contributo in denaro.

RISORSE ECONOMICHE DEDICATE AL PROGETTO INDIVIDUATO:

	TOTALE (€ IVA compresa)	di cui quota sanitaria (€ IVA compresa)	di cui quota utente (€ IVA compresa)	di cui quota Comune o Ente gestore (€ IVA compresa)
<input type="checkbox"/> Prestazione1: tariffa oraria o per prestazione o importo contributo				
<input type="checkbox"/> Prestazione2: tariffa oraria o per prestazione o importo contributo				
<input type="checkbox"/> Prestazione3: tariffa oraria o per prestazione o importo contributo				
<input type="checkbox"/> Prestazione ...: tariffa oraria o per prestazione o importo contributo				
<input type="checkbox"/> Spesa mensile totale				

INDICAZIONE PROGETTO (Giorni e orari di frequenza, tipologia di intervento, soggetto erogatore, etc.)

PROPOSTA DI PROGETTO INDIVIDUALE DI EDUCATIVA TERRITORIALE

prima proposta rinnovo ridefinizione
(temporaneo o non temporaneo)

PUNTEGGIO CONDIZIONE ABITATIVA	
PUNTEGGIO CONDIZIONE FAMILIARE	
PUNTEGGIO CONDIZIONE ASSISTENZIALE	
PUNTEGGIO CONDIZIONE SANITARIA	
PUNTEGGIO TOTALE	

PUNTEGGIO	4-9	10-18	Maggiore di 18
Livello di Intensità assistenziale proposta (bassa/media/alta)	BASSA	MEDIA	ALTA

Note dei Referenti: _____

Case manager proposto _____

Recapito telefonico _____

E-mail _____

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO PROPOSTO *	ATTIVITÀ/AZIONI PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO	RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE/EROGAZIONE E DELL'ATTIVITÀ/AZIONE	INDICATORI DI MONITORAGGI O (avanzamento, etc.) e relative soglie	RESPONSABILE DEL MONITORAGGI O	INDICATORI DI VALUTAZIONE E e relative soglie	RESPONSABILITÀ DELLA VALUTAZIONE

* Tra gli obiettivi specifici del progetto proposto deve essere inserita la comparazione tra l'assessment funzionale della performance, sociale e sanitaria, a inizio intervento e alle successive ridefinizioni.

In caso di rinnovo, negli indicatori di monitoraggio devono essere sempre previsti il gradimento della persona e/o della famiglia (insufficiente, sufficiente, buono, ottimo, altro specificare)

RISORSE ECONOMICHE DEDICATE AL PROGETTO INDIVIDUATO:

	TOTALE (€ IVA compresa)	di cui quota sanitaria (€ IVA compresa)	di cui quota utente (€ IVA compresa)	di cui quota Comune o Ente gestore (€ IVA compresa)
Tariffa Oraria proposta				
Monte ore settimanale proposto				
Spesa mensile proposta				

INDICAZIONE PROGETTO (Giorni e orari di frequenza, soggetto erogatore)

Firma Referente Sociale: _____

Firma Referente Sanitario: _____

Firma per accettazione/presa visione interessato o del suo Legale Rappresentante (specificare tipologia di Legale rappresentante _____):

Luogo e data _____

ESITO DELL'ESAME DELLA PROPOSTA DI PROGETTO DI EDUCATIVA TERRITORIALE DA PARTE DELLA COMMISSIONE UMVD

NON APPROVATO (indicare motivazioni): _____

APPROVATO SENZA MODIFICHE

APPROVATO CON MODIFICHE (specificare): _____

Intensità assistenziale attribuita (bassa/media/alta) (specificare a lato)	
Case manager	

L'UMVD ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella proposta dai referenti sociale e sanitario, qualora lo reputerà necessario e precisandone le motivazioni.

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO	ATTIVITÀ/AZIONI PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO	RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE/EROGAZIONE DELL'ATTIVITÀ/AZIONE	INDICATORI DI MONITORAGGIO (avanzamento, etc.)	RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO	INDICATORI DI VALUTAZIONE	RESPONSABILE DELLA VALUTAZIONE

RISORSE ECONOMICHE DEDICATE AL PROGETTO INDIVIDUATO:

	TOTALE (€ IVA compresa)	Di cui quota sanitaria (€ IVA compresa)	Di cui quota Utente (€ IVA compresa)	Di cui quota Comune o Ente Gestore
Tariffa Oraria				
Monte ore settimanale				
Spesa mensile				

INDICAZIONE PROGETTO (Giorni e orari di erogazione della prestazione, soggetto erogatore)

TABELLA RIEPILOGATIVA DEI COSTI DEL PROGETTO INDIVIDUALE APPROVATO

<i>Selezionare la/le voci corrispondenti al/ai progetto/i approvati</i>	<i>Tetto di spesa</i>	SPESA TOTALE (€ IVA compresa)	di cui quota sanitaria (€ IVA compresa)	di cui quota utente (€ IVA compresa)	di cui quota Comune o Ente gestore (€ IVA compresa)
<input type="checkbox"/> residenziale temporaneo	Spesa totale mensile				
<input type="checkbox"/> residenziale non temporaneo	Spesa totale mensile				
<input type="checkbox"/> semiresidenziale temporaneo	Spesa totale mensile				
<input type="checkbox"/> semiresidenziale non temporaneo	Spesa totale mensile				
<input type="checkbox"/> domiciliare temporaneo	Spesa totale mensile				
<input type="checkbox"/> domiciliare non temporaneo	Spesa totale mensile				
<input type="checkbox"/> educativa territoriale temporaneo	Spesa totale mensile				
<input type="checkbox"/> educativa territoriale non temporaneo	Spesa totale mensile				
TOTALE SPESA MIX DI PROGETTO					

I componenti dell'UMVD	Nome e cognome	Firma leggibile
Il Copresidente ASL		
Il Copresidente Comune/Ente gestore		
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		
Psicologo		
Altro (specificare) _____		

L'interessato o il suo Legale Rappresentante accetta non accetta il progetto individuato.

Motivare l'eventuale mancata accettazione del progetto (da compilare obbligatoriamente se il progetto non è accettato dall'interessato o dal suo Legale Rappresentante):

Firma dell'interessato o del suo Legale Rappresentante (specificare tipologia di Legale rappresentante _____): _____

Luogo e data _____

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 GDPR 2016/679

Gentile Utente, La informiamo che i dati personali da Lei forniti a _____ saranno trattati secondo quanto previsto dal "Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento Generale sulla Protezione dei dati, di seguito GDPR)": i dati personali a Lei riferiti verranno raccolti e trattati nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e tutela della riservatezza, con modalità informatiche ed esclusivamente per finalità di trattamento dei dati personali dichiarati nella domanda e comunicati a _____.

Il trattamento è finalizzato all'espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ente.

I dati acquisiti, saranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al procedimento amministrativo per il quale vengono comunicati; l'acquisizione dei dati e il relativo trattamento sono obbligatori in relazione alla valutazione da effettuarsi; ne consegue che l'eventuale rifiuto a fornirli potrà determinare l'impossibilità del Titolare del trattamento a erogare il servizio richiesto.

I dati di contatto del Responsabile della protezione dati (DPO) sono _____;

il Titolare del trattamento dei dati personali è _____, il Delegato al trattamento dei dati è _____ - PEC _____.

Il Responsabile (esterno) del trattamento è _____ (nota: in caso di assenza di responsabile esterno tali riga va eliminata).

I Suoi dati saranno trattati esclusivamente da soggetti incaricati e Responsabili individuati dal Titolare o da soggetti incaricati individuati dal Responsabile, autorizzati e istruiti in tal senso, adottando tutte quelle misure tecniche e organizzative adeguate per tutelare i diritti, le libertà e i legittimi interessi che Le sono riconosciuti per legge in qualità di Interessato; i Suoi dati, resi anonimi, potranno essere utilizzati anche per finalità statistiche (d.lgs. 281/1999 e s.m.i.); i Suoi dati personali sono conservati, per il periodo di almeno cinque anni. I Suoi dati personali non saranno in alcun modo oggetto di trasferimento in un Paese terzo extraeuropeo, né di comunicazione a terzi fuori dai casi previsti dalla normativa in vigore né di processi decisionali automatizzati compresa la profilazione.

Potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. da 15 a 22 del regolamento UE 679/2016, quali: la conferma dell'esistenza o meno dei suoi dati personali e la loro messa a disposizione in forma intellegibile; avere la conoscenza delle finalità su cui si basa il trattamento; ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, la limitazione o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso, rivolgendosi al Titolare, al Responsabile della protezione dati (DPO) o al Responsabile del trattamento, tramite i contatti di cui sopra o il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo competente.

Lì _____ Data _____

L'interessato o il suo Legale Rappresentante

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	<input type="checkbox"/>
- VALUTAZIONE ASPETTI SOCIALI	<input type="checkbox"/>
- VALUTAZIONE ASPETTI SANITARI	<input type="checkbox"/>
- SCHEDA DISABILITÀ GRAVISSIMA (FNA)	<input type="checkbox"/>
- PROPOSTA DI PROGETTO INDIVIDUALE ED ESITO DELLA VALUTAZIONE DELLA PROPOSTA DA PARTE DELL'UMVD	<input type="checkbox"/>
- TABELLA RIEPILOGATIVA DEI COSTI DEL PROGETTO INDIVIDUALE APPROVATO	<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

Cognome	Nome
Nato/a a	il
residente a	via
recapito telefonico	
stato civile	codice fiscale
titolo di studio	

Frequenza scolastica in corso: Asilo Nido <input type="checkbox"/> Scuola Infanzia <input type="checkbox"/> Scuola Primaria <input type="checkbox"/> Scuola Sec.Inf. <input type="checkbox"/> Scuola Sec.Sup. <input type="checkbox"/> Formazione Prof.le <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Altro Nessuna <input type="checkbox"/>	Occupabilità: Iscrizione C.P.I. <input type="checkbox"/> Ins.Lavorativo <input type="checkbox"/> Ins. Socializzante <input type="checkbox"/> Presso: Altro
---	--

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	Sì <input type="checkbox"/> percentuale No <input type="checkbox"/> domanda in corso <input type="checkbox"/> dal
-------------------	--

Cecità Sordità L 68/1999 Collocamento lavorativo mirato Altra invalidità (specificare) Ha presentato domanda di (specificare)	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"/> qualedal..... quale dal qualedal Domanda in corso <input type="checkbox"/> dal.....
--	---

Esiste un: tutore/procuratore curatore
 Sig./Sig.ra _____ rec. tel. _____

La domanda è presentata in data / /

da: tutore/procuratore curatore 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 _____

Pediatra di Libera Scelta _____

Medico di Medicina Generale _____

Recapiti telefonici MMG/PLS _____ e-mail _____

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. _____

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) _____

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

RICHIESTA

di Valutazione Multidimensionale Sociosanitaria

di Rivalutazione sociale sanitaria

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)

Schema di informativa di consenso allegato in calce alla presente

1. CONDIZIONI ABITATIVE

Deve essere valutata la condizione abitativa della famiglia di provenienza (per quanto riguarda l'affido residenziale, dev'essere valutata la condizione abitativa della famiglia affidataria).

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

È previsto uno sfratto o sgombero definitivo o assenza di soluzione abitativa		
SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
* Se sì, interrompere la compilazione e inserire 10 quale punteggio finale delle condizioni abitative nella casella Totale;		
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>		
Condizioni igieniche generali abitazione:		
Buone	0	
Scadenti	1	
Pessime	2	
<i>Subtotale</i>		
Ambiente di vita:		
Spazio dedicato al minore adeguato (sì = 0; no = 1)		
SI	0	
NO	1	
Servizi igienici (adeguati = 0; non adeguati/esterni = 0,50; non presenti = 1)		
adeguati	0	
non adeguati/esterni	0,50	
non presenti	1	
<i>Subtotale (max. 2 punti)</i>		
Riscaldamento:		
Autonomo / centrale	0	
Stufa inadeguata	1	
Assenza riscaldamento	2	
<i>Subtotale</i>		

Presenza di barriere architettoniche:		
No	0	
Sì, interne	1	
Sì, esterne	1	
		<i>Subtotale (max. 2 punti)</i>
		TOTALE CONDIZIONI ABITATIVE

Note _____

2. CONDIZIONI ECONOMICHE

Ai sensi dell'art. 40 della L.R. 1/2004, a conclusione della fase transitoria avviata con D.G.R. n. 10-881 del 12/01/2015 sono state approvate le "linee guida applicazione della normativa ISEE di cui al DPCM 5 dicembre 2013, n. 159" con D.G.R. n. 23-6180 del 7/12/2022 a cui si rinvia.

3. CONDIZIONI FAMILIARI

Dati relativi al contesto familiare di provenienza del minore 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

A) MINORE SOLO SÌ NO

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 di **14** e si passa alla valutazione delle CONDIZIONI ASSISTENZIALI (Area 4)

B) MINORE INSERITO IN CONTESTO DI RETE FAMILIARE CONVIVENTE

SÌ NO

VALUTAZIONE CONVIVENTI (B1 e B2 sono alternativi fra loro)

B1) Presenza del/i genitori/ altra persona convivente in condizione documentata di non autosufficienza e/o con problemi di dipendenza e/o disturbi psichiatrici	11
B2) Problemi documentati 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

Caregiver burden inventory - Cbi

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. I compiti di assistenza occupano molto del mio tempo	0	1	2	3	4		
Evolutivo	S6. Sento che sto sacrificando troppo della mia vita	0	1	2	3	4		
	S7. Desidererei poter prendere una pausa da questa situazione	0	1	2	3	4		
	S8. La mia vita sociale ha risentito del mio compito di assistenza	0	1	2	3	4		
	S9. Il compito di assistenza richiede molta energia fisica e mentale	0	1	2	3	4		
	S10. In questo momento della mia vita il compito è più difficile del solito	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 assistenza a tratti è molto provante	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. Ho la sensazione che per i miei familiari non sia facile comprendere i miei sforzi	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. Mi sento in tensione perché spesso gli altri familiari non possono aiutarmi	0	1	2	3	4		
Intensità di Carico LEGENDA CUT-OFF:								
0-16=1; 17-33=2; 34-49=3; 50-55=4; 56-59=5; 60-69=6; 70-76=7								

B4) Problemi del/i genitore/i a svolgere lavoro di cura per impegni lavorativi o avvenimenti particolari e/o presenza di altri minori familiari da accudire		7
B5) Dinamiche relazionali altamente problematiche all'interno del nucleo:		Max 9 punti
1) maltrattamento/alta conflittualità	2	
2) presenza di disabili	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 problemi sopradescritti	1	

Subtotale

VALUTAZIONE DELLA RETE FAMILIARE NON CONVIVENTE

B6) Non ci sono altri familiari che svolgano il lavoro di cura, pur al di fuori della rete familiare convivente (alternativo al B7)	10
B7) Ci sono altri familiari al di fuori della rete familiare convivente, che sono in grado di supportare mediamente il disabile (alternativo al B6)	5

Subtotale

C) CONDIZIONI LEGATE ALL'AMBIENTE DI VITA

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		
TOTALE (B+C) punteggio raggiunto diviso per 4 (max. 56/4 = 14)		

LEGENDA

* Soddisfacente: se i bisogni sono soddisfatti in pieno dai familiari e/o dalla rete informale

** Sufficiente: se i bisogni sono parzialmente soddisfatti dai familiari e/o dalla rete informale

*** Insoddisfacente: se i bisogni non sono soddisfatti dai familiari e/o dalla rete informale e si manifestano difficoltà

4. CONDIZIONI ASSISTENZIALI

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

Gli item proposti sono stati scelti in modo da rappresentare gli ambiti in cui è valutabile la performance di un individuo nel suo ambiente attuale per quanto riguarda gli aspetti sociali. Tali item sono stati bilanciati con quelli relativi agli aspetti sanitari.

Ciascuno degli item può tuttavia essere sostituito con altri collocati nei singoli sottocapitoli relativi all'attività e partecipazione qualora l'item individuato sia più confacente di quello predefinito a rappresentare la performance del soggetto (p.es., sostituzione di item d1... con altro item d1...; sostituzione di item b3... con altro item b3...) avendo cura di evitare sovrapposizioni o doppie valutazioni rispetto all'analoga scheda sanitaria.

Si precisa, inoltre, che nella scelta del qualificatore occorre tenere in considerazione come parametro di riferimento l'età del soggetto all'atto della valutazione rispetto ai coetanei.

Non si è tuttavia necessariamente tenuti a sostituire eventuali item il cui grado di limitazione dell'attività sia non specificato (n.s.) o non applicabile (n.a.).

4A. MINORE VALUTATO A DOMICILIO

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.

La descrizione deve essere fatta in termini di **Performance senza assistenza** (indipendentemente dall'aiuto dei familiari conviventi)

PERFORMANCE (quello che l'individuo fa nel suo ambiente attuale)	
<u>Legenda dei Gradi di limitazione dell'Attività:</u>	
Nessuna difficoltà: significa che il minore non presenta il problema.	0
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.	1
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.	2
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.	3
Difficoltà completa: 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
Non specificato: significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione.	n.s.
Non applicabile: 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
D5. CURA DELLA PROPRIA PERSONA			
d510 LAVARSI 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: lavare il proprio corpo o parti di esso e asciugarsi</i> <i>Esclusioni: prendersi cura di singole parti del corpo (d520); Bisogni corporali (d530).</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"/>	
d520 PRENDERSI CURA DI SINGOLE PARTI DEL CORPO 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: curare la pelle, i denti, i capelli e i peli, le unghie delle mani e dei piedi</i> <i>Esclusioni: lavarsi (d510); Bisogni corporali (d530).</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"/>	
d540 VESTIRSI 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: mettersi e togliersi indumenti e calzature e scegliere l'abbigliamento appropriato.</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"/>	
d550 MANGIARE 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.	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"/>	
D6. VITA DOMESTICA			
d630 PREPARARE I PASTI 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: preparare pasti semplici e complessi.</i> <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>	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"/>	
d640 FARE I LAVORI DOMESTICI 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; riassetto le stanze, gli armadi e i cassetti; raccogliere, lavare, asciugare, pie-	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"/>	

<p>gare e stirare gli indumenti; pulire le scarpe; utilizzare scope, spazzole e aspirapolvere; utilizzare lavatrici, asciugatrici e ferri da stiro. 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. 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).</p>	n.a. <input type="checkbox"/>		
D8. AREE DI VITA PRINCIPALI			
<p>d860 TRANSAZIONI ECONOMICHE SEMPLICI 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>	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"/>	
D9. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITÀ			
<p>d920 RICREAZIONE E TEMPO LIBERO (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. Inclusioni: gioco, sport, arte e cultura, artigianato, hobby e socializzazione Esclusioni: cavalcare animali per farsi trasportare (d480); lavoro retribuito e non retribuito (d850 e d855); religione e spiritualità (d930); vita politica e cittadinanza (d950).</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"/>	
Totale 4A = punteggio raggiunto diviso per 2 (max 32/2=16)			

Il riquadro sottostante è da compilarli nel solo caso in cui si sostituiscano i sopra riportati item con nuovi item derivati dal manuale I.C.F.

Codice item sostituito	Codice item in sostituzione	Titolo item in sostituzione (da manuale ICF)	Motivo della sostituzione	Punteggio assegnato	Fonte dati (O, D, I, E)

4B. MINORE VALUTATO CON PROGETTO RESIDENZIALE IN ESSERE

Da compilare soltanto se è già inserito nella struttura residenziale

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

B1) 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	4
B2) Inserimento disposto d'ufficio dall'autorità giudiziaria	4
B3) Assenza di persone che mantengano un significativo rapporto con il valutato	2
B4) Grave difficoltà o assenza di un caregiver che permetta un progetto di domiciliarità (punteggio "Area condizioni familiari \geq di 16)	5
B5) Espressa volontà di rimanere in struttura del minore interessato	1
Subtotale (max. 16)	

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	
Subtotale = sommatoria dei punteggi di riga divisa per 4 (max. 8/4 = 2)				

TOTALE (max. 18)

Note: _____

SINTESI VALUTAZIONE ASPETTI SOCIALI

1) condizione abitativa:

0	1 - 5	6 - 10
0	1	2

2) condizione economica (grado da valutare e valorizzare a cura di ogni Comune/Ente Gestore, sulla base dei propri Regolamenti, conformemente alla normativa vigente, riconducendolo a una scala da 0 a 4):

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

3) condizioni familiari:

0	Maggiore di 0 e minore 4	Maggiore o uguale a 4 e minore di 9	Maggiore o uguale a 9 e minore di 13	Maggiore o uguale a 13
0	1	2	3	4

4) condizione assistenziale:

0	Maggiore di 0 e minore di 7	Maggiore o uguale a 7 e minore di 12	Maggiore o uguale a 12 e minore di 15	Maggiore o uguale a 15
0	1	2	3	4

TOTALE PUNTEGGIO SOCIALE:

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

<i>Il Referente sociale</i>		
<i>Nome e cognome</i>	<i>Qualifica</i>	<i>Firma leggibile</i>

Eventuali osservazioni

Luogo e data _____

COGNOME e NOME.....

Valutazione Aspetti Sanitari

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"/>	

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

Ricoveri e visite specialistiche nell'ultimo anno: SI NO

Se SI dove: _____

Ausili: _____

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.

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

PERFORMANCE (quello che l'individuo fa nel suo ambiente attuale)	
<u>Legenda dei Gradi di limitazione dell'Attività:</u>	
Nessuna difficoltà: significa che il minore non presenta il problema.	0
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.	1
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.	2
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.	3
Difficoltà completa: significa che il problema è presente per più del 95% del tempo, con un'intensità	4

che altera totalmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato quotidianamente negli ultimi 30 giorni.	
Non specificato: significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione.	n.s.
Non applicabile: 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

Gli item proposti sono stati scelti in modo da rappresentare gli ambiti in cui è valutabile la performance di un individuo nel suo ambiente attuale per quanto riguarda gli aspetti sanitari. Tali item sono stati bilanciati con quelli relativi agli aspetti sociali.

Ciascuno degli item può tuttavia essere sostituito con altri collocati nei singoli sottocapitoli relativi all'attività e partecipazione qualora l'item individuato sia più confacente di quello predefinito a rappresentare la performance del soggetto (p.es., sostituzione di item d1... con altro item d1...; sostituzione di item b3... con altro item b3...) avendo cura di evitare sovrapposizioni o doppie valutazioni rispetto alla analoga scheda sociale. Si precisa, inoltre, che nella scelta del qualificatore occorre tenere in considerazione come parametro di riferimento l'età del soggetto all'atto della valutazione rispetto ai coetanei.

Non si è tuttavia necessariamente tenuti a sostituire eventuali item il cui grado di limitazione dell'attività sia non specificato (n.s.) o non applicabile (n.a.).

CHECK-LIST ATTIVITÀ	Grado di limitazione dell'attività	Fonte dati	Note
D1. APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLA CONOSCENZA			
d110 GUARDARE 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"/>	
d115 ASCOLTARE 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"/>	
d133 ACQUISIRE IL LINGUAGGIO 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"/>	
d140 IMPARARE A LEGGERE 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"/>	
d145 IMPARARE A SCRIVERE 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"/>	
d155 ACQUISIZIONE DI ABILITÀ 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"/>	
d161 DIRIGERE L'ATTENZIONE Mantenere intenzionalmente l'attenzione su azioni o compiti specifici per una lunghezza temporale appropriata.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	

Esclusioni: Mantenimento dell'attenzione, intraprendere un compito singolo ed intraprendere un compito articolato	3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> n.s. <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	
TOTALE D1 =			
D2. COMPITI E RICHIESTE GENERALI			
d230 ESEGUIRE LA ROUTINE QUOTIDIANA 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. Inclusioni: gestire e completare la routine quotidiana; gestire il proprio tempo e le proprie attività Esclusione: intraprendere compiti articolati (d220)	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"/>	
d250 CONTROLLARE IL PROPRIO COMPORTAMENTO 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"/>	
TOTALE D2 =			
D3. COMUNICAZIONE			
d310 COMUNICARE CON - RICEVERE - MESSAGGI VERBALI 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"/>	
d315 COMUNICARE CON - RICEVERE - MESSAGGI NON-VERBALI 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. Inclusioni: comunicare con – ricevere – gesti del corpo, segni e simboli comuni, disegni e fotografie	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"/>	
d330 PARLARE 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"/>	
d335 PRODURRE MESSAGGI NON-VERBALI Usare segni, simboli e disegni per comunicare significati, come	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	

<p>scuotere la testa per indicare disaccordo o disegnare un'immagine o un grafico per comunicare un fatto o un'idea complessa.</p> <p><i>Inclusioni: produrre gesti con il corpo, segni, simboli, disegni e fotografie</i></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>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	
<p>d350 CONVERSAZIONE</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><i>Inclusioni: avviare, mantenere e terminare una conversazione; conversare con una o più persone</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>d360 UTILIZZO DI APPARECCHIATURE E AUSILI PER LA COMUNICAZIONE</p> <p>Utilizzare strumenti, tecniche e altri mezzi per scopi comunicativi, come chiamare un amico al telefono.</p> <p><i>Inclusioni: utilizzare strumenti di telecomunicazione, usare macchine per scrivere e tecniche di comunicazione.</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>	
TOTALE D3 =			
D4. MOBILITÀ			
<p>d410 CAMBIARE POSIZIONE CORPOREA DI BASE</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><i>Inclusioni: cambiare posizione dall'essere sdraiati, accovacciati o inginocchiati, da seduti o in piedi, piegandosi e spostando il baricentro del corpo.</i></p> <p><i>Esclusione: trasferirsi (d420)</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>d445 USO DELLA MANO E DEL BRACCIO</p> <p>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.</p> <p><i>Inclusioni: tirare o spingere oggetti; raggiungere allungando il braccio; girare o esercitare torsione delle mani o delle braccia; lanciare, afferrare</i></p> <p><i>Esclusione: uso fine della mano (d440)</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>d450 CAMMINARE</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></p> <p><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>d455 SPOSTARSI</p> <p>Trasferire tutto il corpo da un posto all'altro con modalità diverse</p>	<p>0 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p>	<p>O <input type="checkbox"/></p> <p>D <input type="checkbox"/></p>	

<p>dal camminare, come arrampicarsi su una roccia o correre per la strada, saltellare, scorrizzare, saltare, fare capriole o correre attorno a ostacoli.</p> <p><i>Inclusioni:</i> strisciare, salire, correre, fare jogging, saltare, nuotare, spostarsi da seduti e rotolarsi e trascinarsi</p> <p><i>Esclusioni:</i> trasferirsi (d420); camminare (d450)</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>I <input type="checkbox"/></p> <p>E <input type="checkbox"/></p>	
<p>d465 SPOSTARSI USANDO APPARECCHIATURE/AUSILI (sedia a rotelle, pattini, ecc.) 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><i>Esclusioni:</i> trasferirsi (d420); camminare (d450); spostarsi (d455); usare un mezzo di trasporto (d470); guidare (d475)</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>d470 USARE UN MEZZO DI TRASPORTO (auto, bus, treno, ecc.) 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><i>Inclusioni:</i> usare mezzi di trasporto a trazione umana; usare mezzi di trasporto privati motorizzati o pubblici</p> <p><i>Esclusioni:</i> spostarsi usando apparecchiature/ausili (d465); guidare (d475)</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>	
TOTALE D4 =			
D5. CURA DELLA PROPRIA PERSONA (ad integrazione della valutazione delle condizioni assistenziali)			
<p>d530 BISOGNI CORPORALI Manifestare il bisogno di pianificare ed espletare l'eliminazione di prodotti organici (mestruazioni, minzione e defecazione) e pulirsi.</p> <p><i>Inclusioni:</i> regolare la minzione, la defecazione e la cura relativa alle mestruazioni</p> <p><i>Esclusioni:</i> lavarsi (d510); prendersi cura di singole parti del corpo (d520)</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>d570 PRENDERSI CURA DELLA PROPRIA SALUTE 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:</i> assicurarsi il proprio benessere fisico; gestire la dieta e la forma fisica; mantenersi in salute.</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>d571 BADARE ALLA PROPRIA SICUREZZA 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"/>	
TOTALE D5 =			
D7. INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI			
<p>d730 ENTRARE IN RELAZIONE CON ESTRANEI Avere contatti e legami temporanei con estranei per scopi specifici, come quando si chiedono informazioni o indicazioni o si effettua un acquisto.</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>d740 RELAZIONI FORMALI 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></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>d750 RELAZIONI SOCIALI INFORMALI 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></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>d760 RELAZIONI FAMILIARI 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></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"/>	
TOTALE D7 =			
D8. AREE DI VITA PRINCIPALI			
<p>d820 ISTRUZIONE SCOLASTICA 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>	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"/>	

d825 FORMAZIONE PROFESSIONALE 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"/>	
d880 COINVOLGIMENTO NEL GIOCO 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"/> 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 D8 =			
D9. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITÀ			
d920 RICREAZIONE E TEMPO LIBERO (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 =			

Il riquadro sottostante è da compilarsi nel solo caso in cui si sostituiscano i sopra riportati item con nuovi item derivati dal manuale I.C.F.

Codice item sostituito	Codice item in sostituzione	Titolo item in sostituzione (da manuale ICF)	Motivo della sostituzione	Punteggio assegnato	Fonte dati (O, D, I, E)

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		
Infermiere		
Psicologo/a		
Altro professionista sanitario (specificare) _____		
Altro (specificare) _____		
Altro (specificare) _____		

Il Referente sanitario

Nome e cognome	Qualifica	Firma leggibile

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
Maggiore di 15	ALTA
10-15	MEDIA
4-9	BASSA

=

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) ≤ 10</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) ≥ 4</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 ≤ 1 ai quattro arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9, 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"> • <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> • <i>Interessi ristretti e comportamenti ripetitivi: preoccupazioni, rituali fissi e/o comportamenti ripetitivi che interferiscono marcatamente con il funzionamento in tutte le sfere.</i> <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 ≤ 34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8</p>
I		<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>
	I 1	<p>Persona con dipendenza nelle seguenti funzioni:</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • motricità: <ol style="list-style-type: none"> 1. dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività svolta completamente da un'altra persona • respirazione: <ol style="list-style-type: none"> 2. necessità di aspirazione quotidiana 3. presenza di tracheostomia
	<input type="checkbox"/>	I 2	<p>Persona con dipendenza nelle seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • motricità: <ol style="list-style-type: none"> 1. dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività completamente da un'altra persona • nutrizione: <ol style="list-style-type: none"> 1. necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi 2. combinata orale e enterale /parenterale 3. solo tramite sondino naso-gastrico (SNG) 4. solo tramite gastrostomia (es. PEG) 5. solo parenterale attraverso catetere venoso centrale (CVC)
	<input type="checkbox"/>	I 3	<p>Persona con dipendenza nelle seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stato di coscienza: <ol style="list-style-type: none"> 1. compromissione severa: raramente/mai prende decisioni 2. persona non cosciente • respirazione: <ol style="list-style-type: none"> 1. necessità di aspirazione quotidiana 2. presenza di tracheostomia
	<input type="checkbox"/>	I 4	<p>Persona con dipendenza nelle seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stato di coscienza: <ol style="list-style-type: none"> 1) compromissione severa: raramente/mai prende decisioni 2) persona non cosciente • nutrizione: <ol style="list-style-type: none"> 3) necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi 4) combinata orale e enterale /parenterale 5) solo tramite sondino naso-gastrico (SNG) 6) solo tramite gastrostomia (es. PEG) 7) solo parenterale attraverso catetere venoso centrale (CVC)

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

Apertura occhi	Spontanea	4
	Agli stimoli verbali	3
	Solo al dolore	2
	Nessuna risposta	1
Risposta verbale		
	Orientata appropriata	5
	Confusa	4
	Con parole inappropriate	3
	Con parole incomprensibili	2
	Nessuna risposta	1
Risposta Motoria		
	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

	NORMALE CDR 0	DEMENZA DUBBIA CDR 0.5	DEMENZA LIEVE CDR 1	DEMENZA MODERATA CDR 2	DEMENZA GRAVE CDR 3
Memoria	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
Orientamento	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
Giudizio soluzione problemi	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
Attività sociali	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 casa
Casa e hobby	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
Cura personale	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>

A = completa	Deficit sensitivo e motorio completo a livello S4-S5
B = incompleta	Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include S4-S5
C = incompleta	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a 3
D = incompleta	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
E = normale	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)

Punteggio EDSS	Caratteristiche cliniche
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
Alimentazione	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
Controllo sfinterico	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
Comunicazione	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
Manipolazione	Manipolazione assente, oppure reazione di afferramento	0
	Afferramento palmare spontaneo	1
	Utilizza la pinza pollice-indice	2
Vestizione	Vestizione Passiva	0
	Si sforza di dare una qualche collaborazione	1
Locomozione	Stazionario anche su sedia o carrozzina	0
	Si trasferisce nell'ambiente	1
Orientamento spaziale	Non ha orientamento spaziale	0
	Si orienta in ambienti familiari	1
	Si orienta al di fuori del suo ambiente familiare (casa, reparto assistenziale)	2
Prassie	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

Il Valutatore sanitario compilatore della Scheda FNA

<i>Nome e cognome</i>	<i>Qualifica</i>	<i>Struttura sanitaria pubblica/accreditata di appartenenza</i>	<i>Firma leggibile</i>

UMVD ASL: _____ DISTRETTO: _____ COMUNE/ENTE GESTORE. _____

PROPOSTA DI PROGETTO INDIVIDUALE

Cognome e Nome _____

Referente Sanitario _____

Referente Sociale _____

RIEPILOGO VALUTAZIONE INTEGRATA

Prima Valutazione

Rivalutazione

PUNTEGGIO TOTALE

ASPETTI SOCIALI (MAX 14)	PUNTEGGIO: _____
ASPETTI SANITARI (MAX 14)	PUNTEGGIO: _____
TOTALE PUNTEGGIO (0-28)	PUNTEGGIO: _____

CONCLUSIONI DELLA VALUTAZIONE

Problema/i rilevato/i: _____

Obiettivo/i: _____

TIPOLOGIA DELLA PROPOSTA DI PROGETTO*

RESIDENZIALE TEMPORANEO

RESIDENZIALE NON TEMPORANEO

SEMIRESIDENZIALE TEMPORANEO

SEMIRESIDENZIALE NON TEMPORANEO

DOMICILIARE TEMPORANEO

DOMICILIARE NON TEMPORANEO

EDUCATIVA TERRITORIALE TEMPORANEO

EDUCATIVA TERRITORIALE NON TEMPORANEO

* È possibile selezionare un solo tipo di progetto oppure un mix di prestazioni:

TIPO DI PRIORITÀ

Persona con malattia terminale o con grave patologia progressiva

Persona in condizione di gravità (ex Legge n. 104/92) o titolare di indennità di accompagnamento

Persona con Progetto di de-istituzionalizzazione

Persona a grave rischio di istituzionalizzazione

Persona in urgente stato di necessità di assistenza a seguito di mancanza (anche temporanea) del caregiver

OBIETTIVI GENERALI DELLA PROPOSTA DI PROGETTO:

Eventuali osservazioni dell'interessato o del familiare o del Legale rappresentante (specificare tipologia di Legale rappresentante _____):

PROPOSTA DI PROGETTO INDIVIDUALE RESIDENZIALE

prima proposta rinnovo ridefinizione
(temporaneo o non temporaneo)

PUNTEGGIO VALUTAZIONE SANITARIA	
--	--

Punteggio Aspetti Sanitari	5-6	7-10	11-14
Livello di intensità assistenziale proposto	BASSA	MEDIA	ALTA

Note dei Referenti:

Tipologia di struttura proposta: _____

Denominazione struttura proposta: _____

Indirizzo: _____

Il livello d'intensità assistenziale determinato orienta nella scelta della tipologia di struttura così come normata dalle D.G.R. n. 51-11389/2003 - Allegato B e D.G.R. n. 18-6836/2018.

Il livello di intensità assistenziale non determina necessariamente il livello di complessità delle prestazioni: nell'ambito della tipologia di struttura individuata, deve essere esplicitato il livello di complessità delle prestazioni (base, medio, alto) determinandolo sulla base del profilo di funzionamento e dev'essere indicata la relativa percentuale di incremento tariffario partendo in ogni caso dal livello base.

- Livello di complessità delle prestazioni proposto (basso/medio/alto): _____;
- Percentuale di incremento proposta (per i soli livelli medio e alto rispetto al livello base): + _____ %.

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO PROPOSTO *	ATTIVITÀ/AZIONI PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO	RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE/EROGAZIONE DELL'ATTIVITÀ/AZIONE	INDICATORI DI MONITORAGGIO (avanzamento, etc.) e relative soglie	RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO	INDICATORI DI VALUTAZIONE E relative soglie	RESPONSABILE DELLA VALUTAZIONE

* Tra gli obiettivi specifici del progetto proposto deve essere inserita la comparazione tra l'assessment funzionale della performance, sociale e sanitaria, a inizio intervento e alle successive ridefinizioni. In caso di rinnovo, negli indicatori di monitoraggio devono essere sempre previsti il gradimento della persona e/o della famiglia (□ insufficiente, □ sufficiente, □ buono, □ ottimo, □ altro specificare)

	TARIFFA TOTALE (€ IVA COMPRESA)	di cui quota sanitaria (€ IVA COMPRESA)	di cui quota Utente/Comune/Ente gestore (€ IVA COMPRESA)
Retta giornaliera residenziale proposta			
Costo totale delle eventuali prestazioni aggiuntive proposte*			
Numero di giorni di presa in carico mensile proposto			
Spesa mensile proposta			
Durata proposta del progetto			

*Possono essere proposte eventuali prestazioni aggiuntive ritenute necessarie per eccezionali condizioni cliniche. Tali prestazioni corrispondenti al costo complessivo indicato sono le seguenti:

TIPO PRESTAZIONE AGGIUNTIVA	NUMERO DI PRESTAZIONI TOTALI	FREQUENZA DELLA PRESTAZIONE (giornaliera/settimanale/mensile)	NUMERO PRESTAZIONI (sulla base della frequenza indicata: al giorno/a settimana/al mese)	COSTO DELLA PRESTAZIONE (sulla base della frequenza indicata: al giorno/a settimana/al mese)
COSTO TOTALE DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PROPOSTE				

Firma Referente Sociale: _____

Firma Referente Sanitario: _____

Firma interessato o del suo Legale rappresentante (specificare tipologia di Legale rappresentante _____): _____

Luogo e data _____

ESITO DELLA VALUTAZIONE DELLA PROPOSTA DI PROGETTO RESIDENZIALE DA PARTE DELLA COMMISSIONE UMVD

NON APPROVATO (indicare motivazioni): _____

APPROVATO SENZA MODIFICHE

APPROVATO CON MODIFICHE (specificare): _____

Intensità assistenziale attribuita (bassa/media/alta) (specificare a lato)	
--	--

L'UMVD ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella proposta dai referenti sociale e sanitario, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

Il livello d'intensità assistenziale riconosciuto orienta nella scelta della tipologia di struttura così come normata dalle D.G.R. n. 51-11389/2003 - Allegato B e D.G.R. n. 18-6836/2018.

Il livello di intensità assistenziale non determina necessariamente il livello di complessità delle prestazioni: nell'ambito della tipologia di struttura individuata, l'UMVD, sulla base della documentazione agli atti, deve esplicitare il livello di complessità delle prestazioni (base, medio, alto) con relativa percentuale di incremento tariffario partendo in ogni caso dal livello base.

- Livello di complessità delle prestazioni attribuito (basso/medio/alto): _____;
- Percentuale di incremento attribuita (per i soli livelli medio e alto rispetto al livello base):
 + _____%.

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO	ATTIVITÀ/AZIONI PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO	RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE/EROGAZIONE E DELL'ATTIVITÀ/AZIONE	INDICATORI DI MONITORAGGIO (avanzamento, etc.) e relative soglie	RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO	INDICATORI DI VALUTAZIONE E relative soglie	RESPONSABILE DELLA VALUTAZIONE

Tipologia di struttura: _____

Denominazione struttura: _____

Indirizzo: _____

	TARIFFA TOTALE (€ IVA COMPRESA)	di cui quota sanitaria (€ IVA COMPRESA)	di cui quota Utente/Comune/Ente gestore (€ IVA COMPRESA)
Retta giornaliera residenziale			
Costo totale delle			

eventuali prestazioni aggiuntive*			
Numero di giorni di presa in carico mensile			
Spesa mensile			
Durata del progetto (solo se temporaneo)			

*Possono essere approvate eventuali prestazioni aggiuntive ritenute necessarie per eccezionali condizioni cliniche. Tali prestazioni corrispondenti al costo complessivo indicato sono le seguenti:

TIPO PRESTAZIONE AGGIUNTIVA	NUMERO DI PRESTAZIONI TOTALI	FREQUENZA DELLA PRESTAZIONE (giornaliera/settimanale/mensile)	NUMERO PRESTAZIONI (sulla base della frequenza indicata: al giorno/a settimana/al mese)	COSTO DELLA PRESTAZIONE (sulla base della frequenza indicata: al giorno/a settimana/al mese)
COSTO TOTALE DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE APPROVATO				

PROPOSTA DI PROGETTO INDIVIDUALE SEMIRESIDENZIALE

prima proposta rinnovo ridefinizione
(temporaneo o non temporaneo)

PUNTEGGIO VALUTAZIONE SANITARIA	
--	--

Punteggio Aspetti Sanitari	5-6	7-10	11-14
Livello di Intensità assistenziale proposto (bassa/media/alta)	BASSA	MEDIA	ALTA

Note dei Referenti:

Tipologia di struttura proposta: _____

Denominazione struttura proposta: _____

Indirizzo: _____

Il livello d'intensità assistenziale determinato orienta nella scelta della tipologia di struttura così come normata dalle D.G.R. n. 51-11389/2003 - Allegato B e D.G.R. n. 18-6836/2018.

Il livello di intensità assistenziale non determina necessariamente il livello di complessità delle prestazioni: nell'ambito della tipologia di struttura individuata, deve essere esplicitato il livello di complessità delle prestazioni (base, medio, alto) determinandolo sulla base del profilo di funzionamento e dev'essere indicata la relativa percentuale di incremento tariffario partendo in ogni caso dal livello base.

- Livello di complessità delle prestazioni proposto (basso/medio/alto): _____;
- Percentuale di incremento proposta (per i soli livelli medio e alto rispetto al livello base): + _____ %.

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO PROPOSTO*	ATTIVITÀ/AZIONI PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO	RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE/EROGAZIONE DELL'ATTIVITÀ/AZIONE	INDICATORI DI MONITORAGGIO (avanzamento, etc.) e relative soglie	RESPONSABILI DEL MONITORAGGIO	INDICATORI DI VALUTAZIONE e relative soglie	RESPONSABILE DELLA VALUTAZIONE

* Tra gli obiettivi specifici del progetto proposto deve essere inserita la comparazione tra l'assessment funzionale della performance, sociale e sanitaria, a inizio intervento e alle successive ridefinizioni.

In caso di rinnovo, negli indicatori di monitoraggio devono essere sempre previsti il gradimento della persona e/o della famiglia (insufficiente, sufficiente, buono, ottimo, altro specificare)

	SPESA TOTALE (€ IVA compresa)	di cui quota sanitaria (€ IVA compresa)	di cui quota utente (€ IVA compresa)	di cui quota Comune o Ente gestore (€ IVA
--	--------------------------------------	--	---	--

				compresa)
Retta giornaliera Semiresidenziale proposta				
Numero di giorni di frequenza settimanale proposto				
Costo totale delle eventuali prestazioni aggiuntive proposte*				
Spesa mensile proposta				
Durata proposta del progetto				

*Possono essere proposte eventuali prestazioni aggiuntive ritenute necessarie per eccezionali condizioni cliniche. Tali prestazioni corrispondenti al costo complessivo indicato sono le seguenti:

TIPO PRESTAZIONE AGGIUNTIVA	NUMERO DI PRESTAZIONI TOTALI	FREQUENZA DELLA PRESTAZIONE (giornaliera/settimanale/mensile)	NUMERO PRESTAZIONI (sulla base della frequenza indicata: al giorno/a settimana/al mese)	COSTO DELLA PRESTAZIONE (sulla base della frequenza indicata: al giorno/a settimana/al mese)
COSTO TOTALE DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PROPOSTE				

Firma Referente Sociale: _____

Firma Referente Sanitario: _____

Firma interessato o del suo Legale Rappresentante (specificare tipologia di Legale rappresentante _____): _____

Luogo e data _____

ESITO DELLA VALUTAZIONE DELLA PROPOSTA DI PROGETTO SEMIRESIDENZIALE DA PARTE DELLA COMMISSIONE UMVD

NON APPROVATO (indicare motivazioni): _____

APPROVATO SENZA MODIFICHE

APPROVATO CON MODIFICHE (specificare): _____

Intensità assistenziale attribuita (bassa/media/alta) (specificare a lato)	
--	--

L'UMVD ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella proposta dai referenti sociale e sanitario, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni (D.G.R. n. 51-11389/2003 - All. 2)

Il livello d'intensità assistenziale riconosciuto orienta nella scelta della tipologia di struttura così come normata dalle D.G.R. n. 51-11389/2003 - Allegato B e D.G.R. n. 18-6836/2018.

Il livello di intensità assistenziale non determina necessariamente il livello di complessità delle prestazioni: nell'ambito della tipologia di struttura individuata, l'UMVD, sulla base della documentazione agli atti, deve esplicitare il livello di complessità delle prestazioni (base, medio, alto) con relativa percentuale di incremento tariffario partendo in ogni caso dal livello base:

- Livello di complessità delle prestazioni attribuito (basso/medio/alto): _____;
- Percentuale di incremento attribuita (per i soli livelli medio e alto rispetto al livello base):
+ _____ %.

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO	ATTIVITÀ/AZIONI PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO	RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE/EROGAZIONE E DELL'ATTIVITÀ/AZIONE	INDICATORI DI MONITORAGGIO (avanzamento, etc.) e relative soglie	RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO	INDICATORI DI VALUTAZIONE E e relative soglie	RESPONSABILE DELLA VALUTAZIONE

Tipologia di struttura: _____

Denominazione struttura: _____

Indirizzo: _____

	SPESA TOTALE (€ IVA compresa)	di cui quota sanitaria (€ IVA compresa)	di cui quota utente (€ IVA compresa)	di cui quota Comune o Ente gestore (€ IVA compresa)
Retta giornaliera Semiresidenziale				
Numero di giorni di frequenza settimanale				
Costo totale delle eventuali prestazioni aggiuntive*				
Spesa mensile				
Durata del progetto				

*Possono essere approvate eventuali prestazioni aggiuntive ritenute necessarie per eccezionali condizioni cliniche. Tali prestazioni corrispondenti al costo complessivo indicato sono le seguenti:

TIPO PRESTAZIONE AGGIUNTIVA	NUMERO DI PRESTAZIONI TOTALI	FREQUENZA DELLA PRESTAZIONE (giornaliera/settimanale/mensile)	NUMERO PRESTAZIONI (sulla base della frequenza indicata: al giorno/a settimana/al mese)	COSTO DELLA PRESTAZIONE (sulla base della frequenza indicata: al giorno/a settimana/al mese)
COSTO TOTALE DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE APPROVATO				

PROPOSTA DI PROGETTO INDIVIDUALE DOMICILIARE

prima proposta rinnovo ridefinizione
(temporaneo o non temporaneo)

PUNTEGGIO CONDIZIONE ABITATIVA	
PUNTEGGIO CONDIZIONE FAMILIARE	
PUNTEGGIO CONDIZIONE ASSISTENZIALE	
PUNTEGGIO CONDIZIONE SANITARIA	
PUNTEGGIO TOTALE	

PUNTEGGIO	4-9	10-15	Maggiore di 15
Intensità assistenziale proposta (bassa/media/alta)	BASSA	MEDIA	ALTA

Note dei Referenti: _____

Case manager proposto _____

Recapito telefonico _____

E-mail _____

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO PROPOSTO *	ATTIVITÀ/AZIONI PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO	RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE/EROGAZIONE DELL'ATTIVITÀ/AZIONE	INDICATORI DI MONITORAGGIO (avanzamento, etc.) e relative soglie	RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO	INDICATORI DI VALUTAZIONE E relative soglie	RESPONSABILE DELLA VALUTAZIONE

* Tra gli obiettivi specifici del progetto proposto deve essere inserita la comparazione tra l'assessment funzionale della performance, sociale e sanitaria, a inizio intervento e alle successive ridefinizioni

In caso di rinnovo, negli indicatori di monitoraggio devono essere sempre previsti il gradimento della persona e/o della famiglia (insufficiente, sufficiente, buono, ottimo, altro specificare)

ELENCO PRESTAZIONI INTERVENTI DOMICILIARI PROPOSTE (specificare)

NUMERO PROGRESSIVO DELLA PRESTAZIONE	PRESTAZIONE PROPOSTA E/O FIGURA PROFESSIONALE EROGANTE	NUMERO DI ORE O DI PRESTAZIONI	FREQUENZA DELLA PRESTAZIONE (settimanale, mensile, etc.)
Prestazione 1			
Prestazione 2			
Prestazione 3			
Prestazione ...			

La prestazione si può configurare come Tariffa oraria, singola prestazione o contributo in denaro.

RISORSE ECONOMICHE DEDICATE AL PROGETTO INDIVIDUATO:

	TOTALE (€ IVA compresa)	di cui quota sanitaria (€ IVA compresa)	di cui quota utente (€ IVA compresa)	di cui quota Comune o Ente gestore (€ IVA compresa)
<input type="checkbox"/> Prestazione1: tariffa oraria o per prestazione o importo contributo proposta/o				
<input type="checkbox"/> Prestazione2: tariffa oraria o per prestazione o importo contributo proposta/o				
<input type="checkbox"/> Prestazione3: tariffa oraria o per prestazione o importo contributo proposta/o				
<input type="checkbox"/> Prestazione ...: tariffa oraria o per prestazione o importo contributo proposta/o				
<input type="checkbox"/> Spesa mensile totale proposta				

INDICAZIONE PROGETTO (Giorni e orari di frequenza, tipologia di intervento, etc.)

Firma Referente Sociale: _____

Firma Referente Sanitario: _____

Firma interessato o del suo Legale Rappresentante (specificare tipologia di Legale rappresentante _____): _____

Luogo e data _____

**ESITO DELL'ESAME DELLA PROPOSTA DI PROGETTO DOMICILIARE DA PARTE DELLA
COMMISSIONE UMVD**

NON APPROVATO (indicare motivazioni): _____

APPROVATO SENZA MODIFICHE

APPROVATO CON MODIFICHE (specificare): _____

Intensità assistenziale attribuita (bassa/media/alta) (specificare a lato)	
Case manager	

L'UMVD ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella proposta dai referenti sociale e sanitario, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO	ATTIVITÀ/AZIONI PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO	RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE/EROGAZIONE E DELL'ATTIVITÀ/AZIONE	INDICATORI DI MONITORAGGIO (avanzamento, etc.) e relative soglie	RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO	INDICATORI DI VALUTAZIONE E e relative soglie	RESPONSABILE DELLA VALUTAZIONE

ELENCO PRESTAZIONI DI INTERVENTI DOMICILIARI (specificare)

NUMERO PROGRESSIVO DELLA PRESTAZIONE	PRESTAZIONE E/O FIGURA PROFESSIONALE EROGANTE	NUMERO DI ORE O DI PRESTAZIONI	FREQUENZA DELLA PRESTAZIONE (settimanale, mensile, etc.)
Prestazione 1			
Prestazione 2			
Prestazione 3			
Prestazione ...			

La prestazione si può configurare come Tariffa oraria, singola prestazione o contributo in denaro.

RISORSE ECONOMICHE DEDICATE AL PROGETTO INDIVIDUATO:

	TOTALE (€ IVA	di cui quota sanitaria	di cui quota utente (€ IVA compresa)	di cui quota Comune o Ente
--	----------------------	-------------------------------	---	-----------------------------------

	compresa)	(€ IVA compresa)		gestore (€ IVA compresa)
<input type="checkbox"/> Prestazione1: tariffa oraria o per prestazione o importo contribuito				
<input type="checkbox"/> Prestazione2: tariffa oraria o per prestazione o importo contribuito				
<input type="checkbox"/> Prestazione3: tariffa oraria o per prestazione o importo contribuito				
<input type="checkbox"/> Prestazione ...: tariffa oraria o per prestazione o importo contribuito				
<input type="checkbox"/> Spesa mensile totale				

INDICAZIONE PROGETTO (Giorni e orari di frequenza, tipologia di intervento, soggetto erogatore, etc.)

PROPOSTA DI PROGETTO INDIVIDUALE DI EDUCATIVA TERRITORIALE

prima proposta rinnovo ridefinizione
(temporaneo o non temporaneo)

PUNTEGGIO CONDIZIONE ABITATIVA	
PUNTEGGIO CONDIZIONE FAMILIARE	
PUNTEGGIO CONDIZIONE ASSISTENZIALE	
PUNTEGGIO CONDIZIONE SANITARIA	
PUNTEGGIO TOTALE	

PUNTEGGIO	4-9	10-15	Maggiore di 15
Livello di Intensità assistenziale proposta (bassa/media/alta)	BASSA	MEDIA	ALTA

Note dei Referenti: _____

Case manager proposto _____

Recapito telefonico _____

E-mail _____

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO PROPOSTO *	ATTIVITÀ/AZIONI PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO	RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE/EROGAZIONE DELL'ATTIVITÀ/AZIONE	INDICATORI DI MONITORAGGI O (avanzamento, etc.) e relative soglie	RESPONSABILE DEL MONITORAGGI O	INDICATORI DI VALUTAZIONE E e relative soglie	RESPONSABILE DELLA VALUTAZIONE

* Tra gli obiettivi specifici del progetto proposto deve essere inserita la comparazione tra l'assessment funzionale della performance, sociale e sanitaria, a inizio intervento e alle successive ridefinizioni.

In caso di rinnovo, negli indicatori di monitoraggio devono essere sempre previsti il gradimento della persona e/o della famiglia (insufficiente, sufficiente, buono, ottimo, altro specificare)

RISORSE ECONOMICHE DEDICATE AL PROGETTO INDIVIDUATO:

	TOTALE (€ IVA compresa)	di cui quota sanitaria (€ IVA compresa)	di cui quota utente (€ IVA compresa)	di cui quota Comune o Ente gestore (€ IVA compresa)
Tariffa Oraria proposta				
Monte ore settimanale proposto				

Spesa mensile proposta				
------------------------	--	--	--	--

INDICAZIONE PROGETTO (Giorni e orari di frequenza, soggetto erogatore)

Firma Referente Sociale: _____

Firma Referente Sanitario: _____

Firma del suo Legale Rappresentante (specificare tipologia di Legale rappresentante _____):

Luogo e data _____

ESITO DELL'ESAME DELLA PROPOSTA DI PROGETTO DI EDUCATIVA TERRITORIALE DA PARTE DELLA COMMISSIONE UMVD

NON APPROVATO (indicare motivazioni): _____

APPROVATO SENZA MODIFICHE

APPROVATO CON MODIFICHE (specificare): _____

Intensità assistenziale attribuita (bassa/media/alta) (specificare a lato)	
Case manager	

L'UMVD ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella proposta dai referenti sociale e sanitario, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO	ATTIVITÀ/AZIONI PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO	RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE/EROGAZIONE DELL'ATTIVITÀ/AZIONE	INDICATORI DI MONITORAGGIO (avanzamento, etc.)	RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO	INDICATORI DI VALUTAZIONE	RESPONSABILE DELLA VALUTAZIONE

RISORSE ECONOMICHE DEDICATE AL PROGETTO INDIVIDUATO:

	TOTALE (€ IVA)	Di cui quota sanitaria	Di cui quota Utente	Di cui quota Comune o Ente
--	----------------	------------------------	---------------------	----------------------------

	compresa)	(€ IVA compresa)	(€ IVA compresa)	Gestore
Tariffa Oraria				
Monte ore settimanale				
Spesa mensile				

INDICAZIONE PROGETTO (Giorni e orari di erogazione della prestazione, soggetto erogatore)

TABELLA RIEPILOGATIVA DEI COSTI DEL PROGETTO INDIVIDUALE APPROVATO

<i>Selezionare la/le voci corrispondenti al/ai progetto/i approvati</i>	<i>Tetto di spesa</i>	SPESA TOTALE (€ IVA compresa)	di cui quota sanitaria (€ IVA compresa)	di cui quota utente (€ IVA compresa)	di cui quota Comune o Ente gestore (€ IVA compresa)
<input type="checkbox"/> residenziale temporaneo	Spesa totale mensile				
<input type="checkbox"/> residenziale non temporaneo	Spesa totale mensile				
<input type="checkbox"/> semiresidenziale temporaneo	Spesa totale mensile				
<input type="checkbox"/> semiresidenziale non temporaneo	Spesa totale mensile				
<input type="checkbox"/> domiciliare temporaneo	Spesa totale mensile				
<input type="checkbox"/> domiciliare non temporaneo	Spesa totale mensile				
<input type="checkbox"/> educativa territoriale temporaneo	Spesa totale mensile				
<input type="checkbox"/> educativa territoriale non temporaneo	Spesa totale mensile				
TOTALE SPESA MIX DI PROGETTO					

I componenti dell'UMVD	Nome e cognome	Firma leggibile
Il Copresidente ASL		
Il Copresidente Comune/Ente gestore		
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		
Psicologo		
Altro (specificare) _____		

Genitore/i o tutore accetta non accetta il progetto individuato.

Motivare l'eventuale mancata accettazione del progetto (da compilare obbligatoriamente se il progetto non è accettato dal suo **Genitore/i o tutore**):

Firma del suo **Genitore/i o tutore**: _____

Luogo e data _____

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 GDPR 2016/679

Gentile Utente, La informiamo che i dati personali da Lei forniti a _____ saranno trattati secondo quanto previsto dal "Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento Generale sulla Protezione dei dati, di seguito GDPR)": i dati personali a Lei riferiti verranno raccolti e trattati nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e tutela della riservatezza, con modalità informatiche ed esclusivamente per finalità di trattamento dei dati personali dichiarati nella domanda e comunicati a _____.

Il trattamento è finalizzato all'espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ente.

I dati acquisiti, saranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al procedimento amministrativo per il quale vengono comunicati; l'acquisizione dei dati e il relativo trattamento sono obbligatori in relazione alla valutazione da effettuarsi; ne consegue che l'eventuale rifiuto a fornirli potrà determinare l'impossibilità del Titolare del trattamento a erogare il servizio richiesto.

I dati di contatto del Responsabile della protezione dati (DPO) sono _____;
il Titolare del trattamento dei dati personali è _____, il Delegato al trattamento dei dati è _____ - PEC
_____.

Il Responsabile (esterno) del trattamento è _____ (nota: in caso di assenza di responsabile esterno tali righe va eliminata).

I Suoi dati saranno trattati esclusivamente da soggetti incaricati e Responsabili individuati dal Titolare o da soggetti incaricati individuati dal Responsabile, autorizzati e istruiti in tal senso, adottando tutte quelle misure tecniche e organizzative adeguate per tutelare i diritti, le libertà e i legittimi interessi che Le sono riconosciuti per legge in qualità di Interessato; i Suoi dati, resi anonimi, potranno essere utilizzati anche per finalità statistiche (d.lgs. 281/1999 e s.m.i.); i Suoi dati personali sono conservati, per il periodo di almeno cinque anni. I Suoi dati personali non saranno in alcun modo oggetto di trasferimento in un Paese terzo extraeuropeo, né di comunicazione a terzi fuori dai casi previsti dalla normativa in vigore né di processi decisionali automatizzati compresa la profilazione.

Potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. da 15 a 22 del regolamento UE 679/2016, quali: la conferma dell'esistenza o meno dei suoi dati personali e la loro messa a disposizione in forma intellegibile; avere la conoscenza delle finalità su cui si basa il trattamento; ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, la limitazione o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso, rivolgendosi al Titolare, al Responsabile della protezione dati (DPO) o al Responsabile del trattamento, tramite i contatti di cui sopra o il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo competente.

Lì _____ Data _____

Genitore/i o tutore