



**SCHEDA DI VALUTAZIONE UVD/UVI**

UVD/UVI di .....

Prot. n. .... del .....

Segnalazione proposta di attivazione da parte del MMG/DELLA STRUTTURA .....

Valutazione effettuata presso: .....

**Dati anagrafici**

Cognome ..... Nome ..... Tel. ....

Nato il ..... a ..... Cod. Sanitario ..... M  F

Residente a ..... Via ..... N. ....

Persona di riferimento: ..... Tel. ....

**Punteggio scale**

ADL	SPMSQ	RUG
IADL	BINA	ALTRO

**Autosufficienza**

- Persona autosufficiente  
 Persona non autosufficiente  Temporaneamente  Permanentemente  
 Persona autosuf. ma in situazione rischio socio-sanitario  Temporaneamente  Permanentemente

Esito valutazione:  ADI  ADP  AIP (AID)  ANT  
 RSA  RP  HOSPICE  Altro .....

- Gruppo patologie**
- Malattie sistema cardiocircolatorio
  - Malattie sistema respiratorio
  - Malattie neoplastiche
  - Malattie neurologiche/demenze
  - Malattie sistema muscolo/scheletrico
  - Altre malattie .....

- Tipologia d'ammissione**
- Dimissione Protetta Ospedaliera
  - Ordinaria
  - Di sollievo
  - .....
- con decorrenza .....
- per giorni .....

Il MMG segue l'assistito presso la struttura  
 si  no

**Per approvazione dell'esito dell'UVD/UVI e del piano:**

Il Medico del Distretto .....

Medico di Medicina Generale .....

Coordinatore Inf. o sostituto .....

Assistente sociale .....

Medico Specialista .....

Altro componente (specificare) .....

## SITUAZIONE SANITARIA E SOCIO-FAMILIARE

Diagnosi e problemi sanitari attivi .....

Situazione socio-familiare .....

PAI

Obbiettivi (a breve, medio e lungo termine):

### TIPOLOGIA ASSISTENZIALE

- Assistenza Medico-Generica
- Assistenza Medico-Specialistica
- Assistenza Infermieristica
- Assistenza Riabilitativa
- Assistenza Tutelare
- Assistenza Sociale

### INTERVENTI

- Controllo parametri vitali
- Controlli ematochimici periodici
- Sticks glicemici periodici
- Alimentazione assistita
- Dieta per disfagia
- Dieta normale
- Dieta ipoglucidica
- Dieta proteica
- Controllo idratazione
- Somministrazione terapie
- Gestione Peg
- Gestione Sondino N.G.
- NE
- NPT
- Gestione Catetere V.C.
- Broncoaspirazione
- Gestione Tracheotomia
- Gestione Colostomia
- Gestione Urostomia

- Medicazioni
- Mobilizzazione a letto
- Mobilizzazione letto/carrozzina
- Assistenza alla deambulazione
- RKT
- Terapia del Dolore
- Ventilazione assistita
- O2 terapia < / > 12h/die
- Controllo eliminazione
- Pannolone
- Gestione Catetere Urinario
- Igiene Personale
- Assistenza completa nelle ADL
- Assistenza nelle ADL tranne

Presidi/Ausili: 1) .....

2) .....

3) .....

4) .....

## SCHEDE DI VALUTAZIONE TARATE SUL MALATO ONCOLOGICO

A.D.L. ( Index of Indipendence in Activities of Daily Living ) <sup>1</sup>		
	punteggio	
(AD1) FARE IL BAGNO	1	<input type="checkbox"/> 1) - NON RICEVE ALCUNA ASSISTENZA ( entra ed esce dalla vasca autonomamente, nel caso che la vasca sia il mezzo abituale per fare il bagno) <input type="checkbox"/> 2) - RICEVE ASSISTENZA NEL LAVARE SOLO UNA PARTE DEL CORPO ( Es. la schiena o una gamba )
	0	<input type="checkbox"/> 3) - RICEVE ASSISTENZA NEL LAVARE PIU' DI UNA PARTE DEL CORPO ( O RIMANE NON LAVATO )
(AD2) VESTIRSI	1	<input type="checkbox"/> 1) - PRENDE GLI ABITI E SI VESTE COMPLETAMENTE SENZA ASSISTENZA <input type="checkbox"/> 2) - PRENDE GLI ABITI E SI VESTE COMPLETAMENTE SENZA ASSISTENZA, TRANNE CHE PER ALLACCIARE LE SCARPE
	0	<input type="checkbox"/> 3) - RICEVE ASSISTENZA NEL PRENDERE GLI ABITI O NEL VESTIRSI OPPURE RIMANE PARZIALMENTE O COMPLETAMENTE SVESTITO
(AD3) USO DEI SERVIZI	1	<input type="checkbox"/> 1) - VA AI SERVIZI, SI PULISCE, SI RIVESTE SENZA ASSISTENZA ( può usare supporti come il bastone o il deambulatore o la sedia a rotelle, è in grado di maneggiare la padella o la comoda vuotandola al mattino )
	0	<input type="checkbox"/> 2) - RICEVE ASSISTENZA NELL' ANDARE AI SERVIZI O NEL PULIRSI O NEL RIVESTIRSI O NELL'USARE LA PADELLA O LA COMODA <input type="checkbox"/> 3) - NON VA AI SERVIZI PER I BISOGNI CORPORALI
(AD4) SPOSTARSI	1	<input type="checkbox"/> 1) - ENTRA ED ESCE DAL LETTO COME PURE SI SIEDE E SI ALZA DALLA SEDIA SENZA ASSISTENZA (può usare supporti come il bastone o il deambulatore)
	0	<input type="checkbox"/> 2) - ENTRA ED ESCE DAL LETTO COME PURE SI SIEDE E SI ALZA DALLA SEDIA CON ASSISTENZA <input type="checkbox"/> 3) - NON SI ALZA DAL LETTO
(AD5) CONTINEN- ZA	1	<input type="checkbox"/> 1) - CONTROLLA COMPLETAMENTE DA SOLO LA MINZIONE O LA DEFECAZIONE
	0	<input type="checkbox"/> 2) - HA OCCASIONALI " INCIDENTI " <input type="checkbox"/> 3) - IL CONTROLLO DELLA MINZIONE O DELLA DEFECAZIONE E' CONDIZIONATA DALLA SORVEGLIANZA ; USA IL CATETERE O E' INCONTINENTE
(AD6) ALIMENTAR- SI	1	<input type="checkbox"/> 1) - SI ALIMENTA DA SOLO SENZA ASSISTENZA <input type="checkbox"/> 2) - SI ALIMENTA DA SOLO ECCETTO CHE NECESSITA DI ASSISTENZA PER TAGLIARE LA CARNE O PER SPALMARE IL BURRO SUL PANE
	0	<input type="checkbox"/> 3) - RICEVE ASSISTENZA NELL'ALIMENTARSI O VIENE ALIMENTATO PARZIALMENTE O COMPLETAMENTE PER SONDINO O PER VIA ENDOVENOSA

## VALUTAZIONE NUMERICA

(AD-TOT) PUNTEGGIO TOTALE A.D.L. ( range 0 - 6 ) : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> S.Katz, T.D. Downs, H.R. Cash, R.C. Grotz : "Progress in development of the index of ADL". Gerontologist, 1, 20, 1970, modificata da L.Z. Rubenstein.

## VALUTAZIONE DESCRITTIVA A.D.L.

<b>A</b>	INDIPENDENTE NELL'ALIMENTARSI, NELLA CONTINENZA, NELLO SPOSTARSI, NELL'USO DEI SERVIZI, NEL VESTIRSI E NEL FARE IL BAGNO
<b>B</b>	INDIPENDENTE IN TUTTE LE SUDDETTE FUNZIONI ECCETTO UNA
<b>C</b>	INDIPENDENTE IN TUTTE LE FUNZIONI ECCETTO CHE NEL FARE IL BAGNO ED IN UN'ALTRA FUNZIONE
<b>D</b>	INDIPENDENTE IN TUTTE LE FUNZIONI ECCETTO CHE NEL FARE IL BAGNO, NEL VESTIRSI ED IN UN'ALTRA FUNZIONE
<b>E</b>	INDIPENDENTE IN TUTTE LE FUNZIONI ECCETTO CHE NEL FARE IL BAGNO, NEL VESTIRSI, NELL'USO DEI SERVIZI ED IN UN'ALTRA FUNZIONE
<b>F</b>	INDIPENDENTE IN TUTTE LE FUNZIONI ECCETTO CHE NEL FARE IL BAGNO, NEL VESTIRSI, NELL'USO DEI SERVIZI, NELLO SPOSTARSI ED IN UN'ALTRA FUNZIONE
<b>G</b>	DIPENDENTE IN TUTTE LE SEI FUNZIONI
<b>ALTRO</b>	DIPENDENTE IN ALMENO DUE FUNZIONI MA NON CLASSIFICABILE COME C , D , E o F

I.A.D.L. ( Instrumental Activities of Daily Living Scale ) <sup>2</sup>		
	punti	
(IA1) A) CAPACITA' DI USARE IL TELEFONO	1	3 <input type="checkbox"/> USA IL TELEFONO DI PROPRIA INIZIATIVA, ALZA IL MICROFONO E COMPONE IL NUMERO 2 <input type="checkbox"/> COMPONE SOLO ALCUNI NUMERI BEN CONOSCIUTI 1 <input type="checkbox"/> E' IN GRADO DI RISPOND. AL TELEFONO, MA NON DI CHIAMARE
	0	0 <input type="checkbox"/> NON E' CAPACE DI USARE IL TELEFONO
(IA2) B) MOVIM. PER ACQUISTI NEI NEGOZI	1	3 <input type="checkbox"/> SI PRENDE AUTONOMAMENTE CURA DI TUTTE LE NECESSITA' DI ACQUISTI NEI NEGOZI
	0	2 <input type="checkbox"/> E' IN GRADO DI EFFETT. SOLO PICCOLI ACQUISTI NEI NEGOZI 1 <input type="checkbox"/> NECESSITA DI ESSERE ACCOMPAGNATO PER QUALSIASI GIRO DI ACQUISTI NEI NEGOZI 0 <input type="checkbox"/> E' DEL TUTTO INCAPACE DI FARE ACQUISTI NEI NEGOZI
(IA3) C) MEZZI DI TRASPORT.	1	4 <input type="checkbox"/> SI SPOSTA DA SOLO SUI MEZ. PUBBL. O GUIDA LA PROPRIA AUTO 3 <input type="checkbox"/> ORGANIZZA I PROPRI SPOSTAMENTI CON TAXI, MA NON USA I MEZZI PUBBLICI 2 <input type="checkbox"/> USA I MEZZI PUBBLICI SE ACCOMPAGNATO DA QUALCUNO
	0	1 <input type="checkbox"/> PUO' SPOSTARSI SOLTANTO CON TAXI O CON AUTO CON L'ASSISTENZA DI ALTRI 0 <input type="checkbox"/> NON SI SPOSTA PER NIENTE
(IA4) D) RESPONSA- BILITA' NELL'USO DI FARMACI	1	2 <input type="checkbox"/> E' IN GRADO DI ASSUMERE I MEDICINALI NELLE GIUSTE DOSI E AL TEMPO GIUSTO
	0	1 <input type="checkbox"/> E' IN GRADO DI ASSUMERE I MEDICINALI SE PREPARATI IN ANTICIPO IN DOSI SEPARATE 0 <input type="checkbox"/> NON E' IN GRADO DI ASSUMERE LE MEDICINE DA SOLO
(IA5) E) CAPACITA' DI GESTIRE IL DENARO	1	2 <input type="checkbox"/> GESTISCE LE OPERAZIONI FINANZIARIE INDIPENDENTEMENTE (bilanci, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca, raccoglie e tiene nota delle entrate) 1 <input type="checkbox"/> GESTISCE GLI ACQUISTI QUOTIDIANI, MA NECESSITA DI AIUTO PER LE OPERAZ. BANCARIE, GLI ACQUISTI MAGGIORI, ECC.
	0	0 <input type="checkbox"/> E' INCAPACE DI MANEGGIARE IL DENARO
(IA6) F) CUCINARE	1	<input type="checkbox"/> SI PREPARA E SI SERVE I PASTI DA SOLO
	0	<input type="checkbox"/> ASSUME CIBO INADEGUATO ANCHE SE PREPARATO DA SOLO O GLI DEVONO ESSERE FORNITI GLI INGREDIENTI
(IA7) G) ACCUD. LA CASA	1	<input type="checkbox"/> FA LAVORI LEGGERI DA SOLO ANCHE SE NON MANTIENE LA CASA PULITA O VA AIUTATO MA FA TUTTI I LAVORI
	0	<input type="checkbox"/> NON FA ALCUN LAVORO DOMESTICO
(IA8) H) BUCATO	1	<input type="checkbox"/> LAVA DA SOLO TUTTO O SOLO LA BIANCHERIA
	0	<input type="checkbox"/> TUTTO IL BUCATO E' FATTO DA ALTRI

(IA-TOT) PUNTEGGIO TOTALE I.A.D.L. ( range 0 - 8 ) : \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> M.P. Lawton, E.M. Brody : "Assessment of older people : self-maintaining and instrumental activities of daily living". Gerontologist, 9, 179, 1969, mod. da L.Z. Rubenstein.

**TEST DI PFEIFFER**  
**( SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE ) (SPMSQ)**

RISPONDE CORRETTAMENTE ALLE SEGUENTI DOMANDE ?

Scrivere 0 se la risposta è esatta ed 1 se errata

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| (SP1) Qual è la data di oggi ( giorno, mese, anno )      | <input type="checkbox"/> |
| (SP2) Che giorno della settimana                         | <input type="checkbox"/> |
| (SP3) In quale luogo ci troviamo                         | <input type="checkbox"/> |
| (SP4) Qual è il suo numero di telefono                   | <input type="checkbox"/> |
| (SP4a) Qual è il suo indirizzo                           | <input type="checkbox"/> |
| (SP5) Quanti anni ha                                     | <input type="checkbox"/> |
| (SP6) Quando è nato ( giorno, mese, anno )               | <input type="checkbox"/> |
| (SP7) Chi è il presidente della Repubblica ( o il Papa ) | <input type="checkbox"/> |
| (SP8) Chi era il presidente precedente                   | <input type="checkbox"/> |
| (SP9) Quale era il cognome di sua madre da ragazza       | <input type="checkbox"/> |
| (SP10) Sottragga 3 da 20 e da ogni numero fino in fondo  | <input type="checkbox"/> |

Porre le domande da 1 a 10 ;  
chiedere la domanda 4a solo se il soggetto non ha telefono ;  
sommare le risposte errate, sottraendo un errore se il soggetto ha frequentato fino alle scuole elementari e aggiungendo un errore se ha frequentato scuole oltre le medie superiori.

(SP-TOT) PUNTEGGIO TOTALE S.P.M.S.Q. ( range 0 - 10 ) \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE ASPETTI SENSORIALI <sup>(3)</sup> E DI COMUNICAZIONE**

<b>CAPACITA' VISIVA</b> ( anche se con occhiali ) ( far leggere al paziente il titolo di un giornale )	1	<input type="checkbox"/>	LETTURA RAPIDA SENZA ERRORI
	2	<input type="checkbox"/>	LETTURA LENTA CON ERRORI
	3	<input type="checkbox"/>	NON RIESCE A LEGGERE
<b>CAPACITA' UDIVIVA</b> ( anche se con protesi acustica ) ( valutare l'ascolto e la ripetizione di frasi )	1	<input type="checkbox"/>	SENTE A VOCE NORMALE
	2	<input type="checkbox"/>	SENTE SOLO A VOCE ALTA
	3	<input type="checkbox"/>	NON SENTE AFFATTO
<b>CAPACITA' DI COMUNICAZIONE</b> ( capacità verbale e non verbale di comunicare )	1	<input type="checkbox"/>	BUONA - NON HA DIFFICOLTA' A COMUNICARE/COMPNDERE
	2	<input type="checkbox"/>	MEDIA - PRESENTA DIFFICOLTA' NEL COMUNICARE/COMPNDERE
	3	<input type="checkbox"/>	NON E' IN GRADO DI COMUNICARE/COMPNDERE

<sup>3</sup> F. Fabris, 1989

# RELAZIONE MEDICA DETTAGLIATA

---

---

---

---

---

---

---

## TERAPIA IN CORSO

---

---

---

---

---

---

---

---

*FIRMA E TIMBRO  
MEDICO CURANTE*

ALLEGATO A

Da compilare da parte del medico curante

Si certifica che il richiedente Sig./ra

in considerazione delle patologie attualmente presenti

E' IN GRADO

NON E' IN GRADO

barrare con un x l'opzione pertinente

di uscire in maniera autonoma dalla, Casa di Riposo "E. MATTEI".

Il, \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA  
MEDICO CURANTE

\_\_\_\_\_



# RISORSE SOCIALI

QUADRO A (QA) SITUAZIONE FAMILIARE E DI INTEGRAZIONE SOCIALE	QUADRO B (QB) SITUAZIONE ASSISTENZIALE																														
<p>(QA1) - CON CHI VIVE :</p> <p>1 <input type="checkbox"/> SOLO    2 <input type="checkbox"/> CON IL CONIUG.    3 <input type="checkbox"/> CON I FIGLI    4 <input type="checkbox"/> CON ALTRI</p> <p>(QA2) - RAPPORTI CON I FAMILIARI :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">grado di parentela</th> <th style="width: 12.5%;">quotidiani</th> <th style="width: 12.5%;">frequenti</th> <th style="width: 12.5%;">saltuari</th> <th style="width: 12.5%;">inesistenti</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>(QA2.a) ESISTENZA DI EVENTUALI SITUAZIONI CONFLITTUALI :</p>	grado di parentela	quotidiani	frequenti	saltuari	inesistenti	1)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	2)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<p>(QB1) - TIPO DI SOSTEGNO IN ATTO</p> <p>DA PARTE DI : (indicare il soggetto che eroga l'intervento : familiari, comune, usi, volontariato, ecc.)</p> <p>TIPOLOGIA :</p> <p>FREQUENZA :</p> <p>(QB2) - SE HA BISOGNO DI AIUTO PUO' RICORRERE A :</p> <p>1 <input type="checkbox"/> CONIUGE    1 <input type="checkbox"/> PARENTI    1 <input type="checkbox"/> VICINI/AMICI 1 <input type="checkbox"/> FIGLI    1 <input type="checkbox"/> VOLONTAR.    1 <input type="checkbox"/> PERSON. RETR.</p> <p>(QB3) - BISOGNI SOCIOASSISTENZIALI RILEVATI (specificare) :</p> <p><input type="checkbox"/> ASSIST. DOMICIL. DOMEST. (SAD)    <input type="checkbox"/> SOLUZIONE ABITATIVA  <input type="checkbox"/> PASTI A DOMICILIO    <input type="checkbox"/> CONTRIBUTO ECONOMICO  <input type="checkbox"/> SERVIZIO LAVANDERIA    <input type="checkbox"/> SEGRETARIATO SOCIALE  <input type="checkbox"/> TELECONTROLLO    <input type="checkbox"/> ALTRO (SPECIFICARE)  <input type="checkbox"/> COMPAGNIA  <input type="checkbox"/> MENSA</p>
grado di parentela	quotidiani	frequenti	saltuari	inesistenti																											
1)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																											
2)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																											
3)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																											
4)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																											
5)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																											
<p>(QA3) - RAPPORTI CON AMICI E VICINATO :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 12.5%;">1 <input type="checkbox"/> OTTIMI</th> <th style="width: 12.5%;">2 <input type="checkbox"/> BUONI</th> <th style="width: 12.5%;">3 <input type="checkbox"/> SUFFIC.</th> <th style="width: 12.5%;">4 <input type="checkbox"/> CARENTI</th> <th style="width: 12.5%;">5 <input type="checkbox"/> CONFLITT.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/> TV</td> <td>2 <input type="checkbox"/> PICC. OCCUP. FAMILIARI</td> <td>3 <input type="checkbox"/> HOBBIES</td> <td>4 <input type="checkbox"/> CINEMA O TEATRO</td> <td>5 <input type="checkbox"/> CIRCOLI O BAR</td> </tr> <tr> <td>6 <input type="checkbox"/> PARROC-CHIA</td> <td>7 <input type="checkbox"/> LAVORI DOMEST.</td> <td>8 <input type="checkbox"/> LETTO / POLTRONA</td> <td>9 <input type="checkbox"/> ALTRO</td> <td>10 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>(QA4) - COME TRASCORRE LA GIORNATA (attività prevalenti) :</p>	1 <input type="checkbox"/> OTTIMI	2 <input type="checkbox"/> BUONI	3 <input type="checkbox"/> SUFFIC.	4 <input type="checkbox"/> CARENTI	5 <input type="checkbox"/> CONFLITT.	1 <input type="checkbox"/> TV	2 <input type="checkbox"/> PICC. OCCUP. FAMILIARI	3 <input type="checkbox"/> HOBBIES	4 <input type="checkbox"/> CINEMA O TEATRO	5 <input type="checkbox"/> CIRCOLI O BAR	6 <input type="checkbox"/> PARROC-CHIA	7 <input type="checkbox"/> LAVORI DOMEST.	8 <input type="checkbox"/> LETTO / POLTRONA	9 <input type="checkbox"/> ALTRO	10 <input type="checkbox"/>	<p>CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA SINTESI FINALE :</p> <p><input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA : convive con i familiari che lo curano - è seguito dai familiari con rapporti quotidiani o frequenti</p> <p><input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA : ha assistenza saltuaria e/o insufficiente dei familiari/vicinato/volontariato</p> <p><input type="checkbox"/> NON IDONEA : privo di assistenza dai parenti - rapporti con il vicinato e/o con il volontariato nulli</p>															
1 <input type="checkbox"/> OTTIMI	2 <input type="checkbox"/> BUONI	3 <input type="checkbox"/> SUFFIC.	4 <input type="checkbox"/> CARENTI	5 <input type="checkbox"/> CONFLITT.																											
1 <input type="checkbox"/> TV	2 <input type="checkbox"/> PICC. OCCUP. FAMILIARI	3 <input type="checkbox"/> HOBBIES	4 <input type="checkbox"/> CINEMA O TEATRO	5 <input type="checkbox"/> CIRCOLI O BAR																											
6 <input type="checkbox"/> PARROC-CHIA	7 <input type="checkbox"/> LAVORI DOMEST.	8 <input type="checkbox"/> LETTO / POLTRONA	9 <input type="checkbox"/> ALTRO	10 <input type="checkbox"/>																											

# RISORSE ECONOMICHE

QUADRO C (QC) SITUAZIONE ABITATIVA	QUADRO D (QD) SITUAZIONE ECONOMICA
<p>(QC1) - TITOLO DI GODIMENTO DELL'ABITAZIONE</p> <p>1 <input type="checkbox"/> proprietà 2 <input type="checkbox"/> affitto mensile £</p> <p>(QC2) - LOCALIZZAZIONE</p> <p>1 <input type="checkbox"/> casa isolata 2 <input type="checkbox"/> gruppo di case 3 <input type="checkbox"/> centro storico 4 <input type="checkbox"/> periferia 5 <input type="checkbox"/> frazione</p> <p>(QC3) - SERVIZI DI TRASPORTO</p> <p>1a <input type="checkbox"/> sufficienti 2a <input type="checkbox"/> insufficienti 1b <input type="checkbox"/> accessibili 2b <input type="checkbox"/> non accessib.</p>	<p>(QD1) - REDDITO PERSONALE :</p> <p>(QD1a) - PENSIONI</p> <p>(QD1b) - ALTRI REDDITI</p> <p>(QD1c) - % INVALIDITA'</p> <p>(QD1d) - ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO</p> <p>1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no</p>
<p>(QD2) - REDDITO DEI PARENTI TENUTI PER LEGGE AGLI ALIMENTI (da compilarli solo se le prestazioni socio assistenziali sono condizionate da limiti di reddito) :</p>	
<p>(QC4) - PIANO DELL'ABITAZIONE</p> <p>0 <input type="checkbox"/> terra    1 <input type="checkbox"/> 1°    2 <input type="checkbox"/> 2°    3 <input type="checkbox"/> 3°    4 <input type="checkbox"/> 4°</p> <p>(QC5) - ASCENSORE</p> <p>5 <input type="checkbox"/> 5°    6 <input type="checkbox"/> sup. 5°</p> <p>(QC6) - HA UNA STANZA PROPRIA ?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no</p> <p>(QC7) - RISCALDAMENTO</p> <p>1 <input type="checkbox"/> termos.    2 <input type="checkbox"/> stufe    3 <input type="checkbox"/> altro    2 <input type="checkbox"/> no</p> <p>(QC8) - SERVIZI IGIENICI</p> <p>1 <input type="checkbox"/> interni con bagno o doccia 2 <input type="checkbox"/> interni senza bagno-doccia 3 <input type="checkbox"/> esterni</p>	<p>(a) Familiari (grado di parentela)</p> <p>(b) n° componenti il nucleo</p> <p>(c) convivente con l'anziano</p> <p>(d) reddito complessivo del nucleo (ult. dichiar. redditi)</p> <p>1) <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no</p> <p>2) <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no</p> <p>3) <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no</p> <p>4) <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no</p> <p>5) <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no</p> <p>6) <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no</p> <p>7) <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no</p> <p>8) <input type="checkbox"/> si    2 <input type="checkbox"/> no</p>
<p>CRITERI DI VALUTAZIONE RIFERITI AL REGOLAMENTO DELLENTE :</p>	
<p>1) - Situazione economica dell'assistito</p> <p><input type="checkbox"/> IDONEA : reddito netto superiore a £ _____ pro capite</p> <p><input type="checkbox"/> PARZ. IDONEA : reddito netto da £ _____ a £ _____ pro capite</p> <p><input type="checkbox"/> NON IDONEA : reddito netto inferiore a £ _____ pro capite</p> <p>2) - Situazione economica dei parenti dell'assistito</p> <p><input type="checkbox"/> IDONEA : buona, in grado di contribuire</p> <p><input type="checkbox"/> PARZ. IDONEA : sufficiente, in grado di contribuire parzialmente</p> <p><input type="checkbox"/> NON IDONEA : insufficiente, non in grado di contribuire</p>	
<p>CRITERI DI VALUTAZIONE PER LA SINTESI FINALE :</p>	
<p><input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA : sana, con tutti i confort, priva di barriere architettoniche.</p> <p><input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA : modesto degrado, riscaldamento parziale, barriere architettoniche facilmente eliminabili.</p> <p><input type="checkbox"/> NON IDONEA : barriere architettoniche non eliminabili, alto degrado dell'ambiente</p>	

**SINTESI DELLA VALUTAZIONE SOCIALE EFFETTUATA**

<p><b>RISORSE SOCIALI :</b></p> <p>(QA-TOT) Quadro A</p> <p>1 <input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA</p> <p>2 <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA</p> <p>3 <input type="checkbox"/> NON IDONEA</p>	<p>OSSERVAZIONI SULLA SITUAZIONE SOCIOECONOMICA ATTUALE DEL SOGGETTO E PROPOSTE ASSISTENZIALI</p>
<p>(QB-TOT) Quadro B</p> <p>1 <input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA</p> <p>2 <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA</p> <p>3 <input type="checkbox"/> NON IDONEA</p>	
<p><b>RISORSE ECONOMICHE :</b></p> <p>(QC-TOT) Quadro C</p> <p>1 <input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA</p> <p>2 <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA</p> <p>3 <input type="checkbox"/> NON IDONEA</p>	
<p>(QD-TOT) Quadro D</p> <p>1 <input type="checkbox"/> SITUAZIONE IDONEA</p> <p>2 <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE IDONEA</p> <p>3 <input type="checkbox"/> NON IDONEA</p>	<p>Firma e qualifica del compilatore</p>