



Comune di Pabillonis

Provincia del Medio Campidano

RESPONSABILE AREA SOCIO-CULTURALE: Garau Luisa

DETERMINAZIONE N. 377

DEL 06/07/2015

OGGETTO: Piani Legge 162/1998. Approvazione avviso pubblico e modulo di domanda.
Presenza d'atto schede di valutazione multidimensionale.

L'anno DUEMILAQUINDICI, il giorno SEI del mese di LUGLIO, nel proprio ufficio.



IL RESPONSABILE DELL'AREA SOCIOCULTURALE

PREMESSO che la Legge n. 162/98 prevede la realizzazione di piani personalizzati di sostegno in favore di persone affette da handicap grave, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge quadro n. 104/92, al fine di alleggerire il carico familiare e migliorare la qualità della vita, consentendo la permanenza all'interno del domicilio delle medesime persone disabili e dei loro familiari;

VISTE

la Deliberazione della Giunta Regionale n. 33/11 del 30.06.2015, con la quale si approva la prosecuzione dei piani in proroga al 30.06.2015 fino al 31.12.2015, secondo i nuovi criteri, i medesimi che dovranno essere osservati anche per i nuovi piani che decorreranno dal 01.10.2015 e stabilisce al 10 settembre 2015 la data di trasmissione della richiesta di finanziamento e di invio delle economie accertate al 30.06.2015;

la Deliberazione della Giunta Regionale n. 33/12 del 30.06.2015, con la quale si dà avvio al nuovo sistema di valutazione, finanziamento e monitoraggio dei piani personalizzati L. 162/1998, approvando le linee guida e le schede di valutazione multidimensionale;

RITENUTO necessario procedere alla pubblicazione dell'avviso pubblico attraverso il quale consentire ai cittadini di avere a disposizione il tempo per inoltrare la domanda per accedere ai diritti riconosciuti dalla normativa vigente;

VISTI l'avviso pubblico, il modulo di domanda e le schede di valutazione multidimensionale allegati alla presente;

- VISTO lo Statuto Comunale;
- VISTO il D.lgs n°267/2000;

DETERMINA

1. DI APPROVARE l'avviso pubblico e il modulo di domanda necessari a dare avvio alla procedura di evidenza pubblica, allegati alla presente quali parti integranti e sostanziali;
2. DI PRENDERE ATTO delle schede di valutazione multidimensionale allegate alla presente, necessarie per redigere la domanda;
3. DI STABILIRE quale termine ultimo per la presentazione delle richieste di predisposizione dei piani personalizzati la data del 29 luglio 2015.

Il Responsabile dell'Area Socio Culturale
A.S.S. dott.ssa Luisa Garau

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO FINANZIARIO

In relazione al disposto dell'art. 151 comma 4 del D.LGS 18/08/2000 N. 267;

A P P O N E

il visto di regolarità contabile

A T T E S T A N T E

la copertura finanziaria della spesa.

Gli impegni contabili sono stati registrati in corrispondenza degli interventi/capitoli sopradescritti.

Pabillonis, li 06/07/2015

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

F.to Fanari Anna Maria

IL RESPONSABILE DELL'AREA SOCIO-CULTURALE

La presente determinazione verrà affissa all'albo pretorio on line del Comune all' indirizzo www.comune.pabillonis.vs.it per 15 gg. consecutivi dal 07/07/2015 al 21/07/2015.

Contemporaneamente viene trasmessa

- al Segretario Comunale

- al Servizio Finanziario

Pabillonis, li 07/07/2015

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

F.to Garau Luisa

PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

Lì, 07/07/2015

L'impiegato incaricato



Comune di Pabillonis

Provincia del Medio Campidano **ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE - Area Socio-Culturale - NR. 377**
DEL 06/07/2015 RESPONSABILE: Garau Luisa

AVVISO PUBBLICO PIANI LEGGE 162/98

LA RESPONSABILE DELL'AREA SOCIOCULTURALE

VISTA la Legge n. 162 del 21 maggio 1998 art. 1, comma 1, lett. C), che prevede la realizzazione di piani personalizzati triennali di sostegno a favore di persone con handicap grave, i seguenti destinatari o i loro familiari possono presentare domanda per la predisposizione dei piani in questione, per i quali verranno richiesti i finanziamenti ammessi alla RAS.

Destinatari

Possono essere destinatari dei piani personalizzati esclusivamente le persone in possesso di certificazione della disabilità di cui all'articolo 3, comma 3, della L. n. 104/1992.

Interventi

I piani individualizzati, predisposti in collaborazione con le famiglie e con i servizi sanitari, possono prevedere i seguenti interventi:

- a) servizio educativo;
- b) assistenza domiciliare;
- c) l'accoglienza presso Centro socio-educativi diurni di cui al di cui all'art. 18 del Decreto del Presidente della Regione 22 luglio 2008, n. 4 (Regolamento di attuazione dell'art. 43 della L.R. 23 dicembre 2005 n. 23 o presso Centri diurni integrati limitatamente al pagamento della quota sociale;
- d) soggiorni di sollievo presso strutture sociali e sociosanitarie e residenze sanitarie assistenziali autorizzate, per non più di 30 giorni nell'arco di un anno e limitatamente al pagamento della quota sociale;
- e) attività sportive e/o di socializzazione.

Il servizio educativo può essere svolto esclusivamente da educatori professionali in possesso del relativo titolo di studio previsto dalle norme.

Gestione

La realizzazione dei piani individualizzati verrà gestita in forma indiretta, per mezzo della quale la scelta degli operatori e della struttura di accoglienza è fatta dalla stessa persona interessata o dalla sua famiglia. Detta opzione dovrà risultare nel piano personalizzato, la cui gestione non può essere affidata a parenti conviventi, né a quelli indicati dall'art. 433 del Codice Civile. La documentazione giustificativa delle spese sostenute dovrà essere consegnata al Comune.

Documentazione richiesta

Per la predisposizione dei Piani personalizzati di sostegno il Comune utilizzerà i modelli di valutazione allegati al presente. Le schede di valutazione multidimensionale devono essere compilate a cura del medico di medicina generale, salvo la parte 4 denominata "Dimensione relazionale", che deve essere compilata a cura dell'assistente sociale del Comune o della struttura sanitaria pubblica di riferimento. La scheda socio ambientale sarà compilata dall'assistente sociale del comune in collaborazione con l'utente e/o la sua famiglia.

Scadenza presentazione domande

Le domande relative alla predisposizione dei piani di cui trattasi dovranno essere redatte attraverso i moduli in possesso delle Assistenti Sociali di questo Comune nei giorni di **lunedì, mercoledì e venerdì - dalle ore 11.00 alle ore 13.00 - e successivamente consegnate tutti i giorni della settimana presso l'Ufficio Protocollo - dalle ore 11.00 alle ore 13.00 - entro il 29 luglio 2015.**

Per ulteriori informazioni e chiarimenti rivolgersi all'Ufficio del Servizio Sociale Professionale nei giorni di lunedì, mercoledì e venerdì dalle ore 11.00 alle ore 13.00, oppure contattare il seguente numero telefonico: 070/935292221.

Pabillonis, lì 06.07.2015

L'ASSESSORE AI SERVIZI SOCIALI
Graziella Gambella

IL RESPONSABILE DELL'AREA SOCIOCULTURALE
A.S.S. Dott.ssa Luisa Garau

AREA SOCIOCULTURALE

TIPO DI DOCUMENTO: *Avviso pubblico*

AREA: *Socioculturale*

SETTORE: *Servizi Sociali*

SERVIZIO: *Affissioni*

TEL.: *070 93529221*

C.F.: *00497620922*

FAX: *070 93529206*

P.I.: *00497620922*

APPROVATO CON: *Det. n. del .07.2015*

RESPONSABILE: *A.S.S. dott.ssa Luisa Garau*

SEDE: *Via San Giovanni n. 7 - 09030 Pabillonis (VS)*

REFERENTE: *AA.SS. Garau Federica e Fonnese Giuseppina*

E-MAIL: *servizisociali@comune.pabillonis.vs.it*



Comune di Pabillonis

Provincia del Medio Campidano ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE - Area Socio-Culturale - NR. 377
DEL 06/07/2015 RESPONSABILE: Garau Luisa

AL SIG. SINDACO
ALLA RESPONSABILE DELL'AREA SOCIOCULTURALE
COMUNE DI PABILLONIS

RICHIESTA PREDISPOSIZIONE PIANO INDIVIDUALIZZATO DI SOSTEGNO A FAVORE DI PERSONA CON HANDICAP GRAVE LEGGE 162/98.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ (prov. _____) il _____
residente in Pabillonis via/vico _____ n. _____ tel. _____

CHIEDE

che venga predisposto un piano individualizzato a favore di

- se medesimo
- proprio congiunto (se familiare, tutore o amministratore di sostegno)

indicare cognome e nome _____ nato/a a _____ il _____ e
residente in Pabillonis Via/vico _____. (_____ - indicare il grado di
parentela)

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci sarà punito/a ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 46 del suddetto D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora al controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguiti con provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000), dichiara che i seguenti documenti vengono allegati alla presente:

- stato di famiglia;
- certificazione di handicap grave di cui all'articolo 3, comma 3, della L. n. 104/1992;
- le schede di valutazione multidimensionale - allegato 2, compilate e firmate dal medico di medicina generale, salvo la parte 4 denominata "Dimensione relazionale", che dovrà essere compilata a cura dell'assistente sociale del Comune o della struttura sanitaria pubblica di riferimento;
- la scheda socio ambientale, compilata dall'assistente sociale del comune in collaborazione con l'utente e/o la sua famiglia;
- il reddito attestante l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) del solo assistito di cui all'art. 3, comma 2-ter, del D.Lgs. n. 109/1998;
- fotocopia carta d'identità;
- fotocopia codice fiscale;
- di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli da parte del Comune e della Guardia di Finanza per verificare la veridicità di quanto dichiarato anche mediante i dati in possesso degli Enti previdenziali e del Ministero delle Finanze;
- di essere informato/a ai sensi e per gli effetti di cui alla legge 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Scegliere la prestazione che interessa (barrando la lettera):

- a) servizio educativo;
- b) assistenza domiciliare;
- c) l'accoglienza presso Centro socio-educativi diurni di cui al di cui all'art. 18 del Decreto del Presidente della Regione 22 luglio 2008, n. 4 (Regolamento di attuazione dell'art. 43 della L.R. 23 dicembre 2005 n. 23 o presso Centri diurni integrati limitatamente al pagamento della quota sociale;
- d) soggiorni di sollievo presso strutture sociali e sociosanitarie e residenze sanitarie assistenziali autorizzate, per non più di 30 giorni nell'arco di un anno e limitatamente al pagamento della quota sociale;
- e) attività sportive e/o di socializzazione.

Pabillonis li _____

(Firma)

ASSESSORATO SERVIZI SOCIALI AREA SOCIOCULTURALE

TIPO DI DOCUMENTO: *Modulo domanda piani 162/98*

AREA: *Socioculturale*

SETTORE: *Servizi Sociali*

SERVIZIO: *LEGGE 162/98*

TEL.: *070/93529221*

FAX: *070 93529206*

C.F.: *00497620922*

P.I.: *00497620922*

ASSESSORE: *Gambella Graziella*

RESPONSABILE: *A.S.S. Dott.ssa Luisa Garau*

SEDE: *Via San Giovanni n. 7 - 09030 Pabillonis (VS)*

AA.SS. Garau Federica e Fonnese

REFERENTE: *Giuseppina*

E-MAIL: *servizisociali@comune.pabillonis.vs.it*



SCHEDE DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

NOME _____	COGNOME _____
NATO A _____	IL _____ / _____ / _____
COMUNE DI RESIDENZA _____	VIA/PIAZZA _____
TELEFONO _____	EMAIL: _____ @ _____
CODICE SANITARIO N° _____	ASL _____
PERSONA DI RIFERIMENTO	
Cognome _____	Nome _____
A titolo di _____	
Indirizzo _____	N. telefono _____

ESITO FINALE VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Barthel Index Modificato (BIM) Pfeiffer MDS-HC Disturbi del omportamento/umore	Supporto della rete sociale ISEE Adeguatezza dell'ambiente domiciliare
LIVELLO ISOGRAVITA' (da 1 a 5)	LIVELLO DI CRITICITA' SOCIO AMBIENTALE (da 1 a 3)
	
_____	_____
(in lettere)	(in lettere)

1. DIMENSIONE FUNZIONALE**Barthel Index Modificato (BIM)**

La compilazione della scheda è a cura del medico di medicina generale (medico di famiglia) o della struttura sanitaria pubblica di riferimento

1	ALIMENTAZIONE	Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo nell'uso di eventuali ausili (tutte le attività: tagliare, spalmare, ecc.)	10	<input type="checkbox"/>
		Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è necessaria la presenza di una persona.	8	<input type="checkbox"/>
		Capace di alimentarsi da solo ma con supervisore. Richiede assistenza nelle attività come versare il latte, mettere il sale, girare un piatto, spalmare il burro ecc.	5	<input type="checkbox"/>
		Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es. cucchiaio).	2	<input type="checkbox"/>
		Totalmente dipendente, deve essere imboccato.	0	<input type="checkbox"/>
2	IGIENE PERSONALE	Capace di lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi; un uomo deve sapersi radere, una donna deve sapersi truccare e sistemare i capelli, se abituati a farlo.	5	<input type="checkbox"/>
		In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le operazioni.	4	<input type="checkbox"/>
		Necessita di aiuto per una o più operazioni.	3	<input type="checkbox"/>
		Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1	<input type="checkbox"/>
		Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente.	0	<input type="checkbox"/>
3	FARSI IL BAGNO E LA DOCCIA	Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugnatura completa, completamente autonomo.	5	<input type="checkbox"/>
		Necessita di supervisione per sicurezza (es. Trasferimenti, controllo temperatura dell'acqua ecc.).	4	<input type="checkbox"/>
		Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi.	3	<input type="checkbox"/>
		Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1	<input type="checkbox"/>
		Totalmente dipendente nel lavarsi.	0	<input type="checkbox"/>
4	ABBIGLIAMENTO	Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, indossare un corsetto o una protesi.	10	<input type="checkbox"/>
		Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci delle scarpe ecc.).	8	<input type="checkbox"/>
		Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento.	5	<input type="checkbox"/>
		Capace di collaborare in minima parte ma dipendente per tutte le attività.	2	<input type="checkbox"/>
		Totalmente dipendente, non collabora alle attività.	0	<input type="checkbox"/>

5	TRASFERIMENTI LETTO (ANCHE DA CARROZZINA)	Capace, in sicurezza, di avvicinarsi al letto, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina. Indipendente in tutte le fasi.	15	<input type="checkbox"/>
		Necessaria la supervisione di una persona per maggior sicurezza.	12	<input type="checkbox"/>
		Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	8	<input type="checkbox"/>
		Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del trasferimento.	3	<input type="checkbox"/>
		Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un solleva malati.	0	<input type="checkbox"/>
6	USO DEL WC	Capace di trasferirsi da/sul W.C., sfilarsi/infilarci i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica. Può usare la comoda o la padella o il pappagallo in modo autonomo (inclusi lo svuotamento e la pulizia).	10	<input type="checkbox"/>
		Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda, pappagallo, ecc.	8	<input type="checkbox"/>
		Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani.	5	<input type="checkbox"/>
		Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	2	<input type="checkbox"/>
		Totalmente dipendente	0	<input type="checkbox"/>
7	CONTINENZA URINARIA	Controllo completo sia di giorno che di notte. Uso autonomo dei presidi urinari interni/esterni	10	<input type="checkbox"/>
		Generalmente asciutto giorno e notte. Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari.	8	<input type="checkbox"/>
		Generalmente asciutto di giorno ma non di notte. Necessita di aiuto per la gestione dei presidi urinari.	5	<input type="checkbox"/>
		Incontinente ma collabora nell'applicazione di presidi urinari.	2	<input type="checkbox"/>
		Totalmente incontinente o portatore di catetere a dimora.	0	<input type="checkbox"/>
8	CONTINENZA INTESTINALE	Controllo completo sia di giorno che di notte. Capace di mettersi le supposte o fare i clisteri.	10	<input type="checkbox"/>
		Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri.	8	<input type="checkbox"/>
		Frequenti episodi di incontinenza. Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di pulirsi. Necessita di aiuto nell'uso dei dispositivi come il pannolone.	5	<input type="checkbox"/>
		Necessita di aiuto in tutte le fasi.	2	<input type="checkbox"/>
		Totalmente incontinente.	0	<input type="checkbox"/>

9	MOBILITA' - DEMBULAZIONE (funzionalmente valida)	In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 metri senza supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano.	15	<input type="checkbox"/>
		Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia < 50 metri con necessita di supervisione per maggior sicurezza in situazioni a rischio	8	<input type="checkbox"/>
		Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la loro manipolazione	5	<input type="checkbox"/>
		Necessita della presenza costante di uno o più persone durante la deambulazione	2	<input type="checkbox"/>
		Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare	0	<input type="checkbox"/>

10	MOBILITA'- USO DELLA CARROZZINA (utilizzare questa scala solo se usa la carrozzina)	Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc) L'autonomia deve essere > 50 mt	5	<input type="checkbox"/>
		Capace di spostarsi autonomamente per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette	4	<input type="checkbox"/>
		Necessario l'aiuto di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.	3	<input type="checkbox"/>
		Capace di spostarsi per brevi tratti su superfici piane, ma è necessaria assistenza per tutte le altre manovre	1	<input type="checkbox"/>
		Dipendente negli spostamenti con la carrozzina	0	<input type="checkbox"/>

11	SCALE	E' in grado di salire e scendere una rampa di scala in sicurezza senza aiuto né supervisione. Se necessario usa il corrimano o gli ausili (bastone ecc.) e li trasporta in modo autonomo.	10	<input type="checkbox"/>
		Generalmente è autonomo. Occasionalmente necessita di supervisione per sicurezza o a causa di rigidità mattutina (spasticità), dispnea ecc.	8	<input type="checkbox"/>
		Capace di fare le scale ma non di gestire gli ausili, necessita di supervisione e di assistenza.	5	<input type="checkbox"/>
		Necessita di aiuto costante in tutte le fasi compresa la gestione degli ausili.	2	<input type="checkbox"/>
		Incapace di salire e scendere le scale.	0	<input type="checkbox"/>
TOTALE				

nome cognome del medico e numero di iscrizione ordine - timbro e firma

2. DIMENSIONE COGNITIVA		
Pfeiffer - Short Portable Mental Status Questionnaire		
<i>La compilazione della scheda è a cura del medico di medicina generale (medico di famiglia) o della struttura sanitaria pubblica di riferimento</i>		
Formulare le domande da 1 a 10 e registrare le risposte assegnando 0 alla risposta corretta e 1 alla risposta sbagliata:		
1) Che giorno è oggi? (giorno, mese, anno)	1	0
2) Che giorno è della settimana?	1	0
3) Qual è il nome di questo posto?	1	0
4a) Qual è il vostro numero di telefono?	1	0
4b) Qual è il vostro indirizzo? <i>(formulare la domanda solo se l'anziano non ha il telefono)</i>	1	0
5) Quanti anni ha?	1	0
6) Qual è la sua data di nascita?	1	0
7) Qual è l'attuale Papa? (o Presidente della Repubblica)	1	0
8) Qual era il Papa precedente? (o il Presidente della Repubblica)	1	0
9) Che cognome aveva sua madre prima di sposarsi?	1	0
10) Faccia 20 - 3, ed ora di nuovo - 3 (proseguire fino a 2)	1	0
TOTALE		
0 - 4 assenza di deterioramento o lieve deterioramento cognitivo		
5 - 7 moderato deterioramento cognitivo		
8 - 10 grave deterioramento cognitivo		
<p>Nel caso il test non sia direttamente somministrabile per la gravità del deterioramento, assegnare 10 errori, cioè punti 10.</p> <p>Nel caso il test non sia somministrabile per altre motivazioni indicarle di seguito e attribuire un punteggio esclusivamente su base clinica (eventualmente previa consulenza specialistica). Es. comunicazione dipendente da fattori ostacolanti quali variabili di contesti, ausili, operatori ecc.</p>		
<p>Il Test non è somministrabile per le seguenti motivazioni:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
Si attribuisce il seguente punteggio sulla base di valutazioni di ordine clinico:		

nome cognome del medico e numero di iscrizione ordine - timbro e firma

3. SCHEDA CLINICA	INDICE DI COMORBIDITÀ (CIRS)				
<i>La compilazione della scheda è a cura del medico di medicina generale (medico di famiglia) o della struttura sanitaria pubblica di riferimento</i>					
1) Patologie cardiache (solo cuore)	①	②	③	④	⑤
2) Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	①	②	③	④	⑤
3) Patologie vascolari sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico	①	②	③	④	⑤
4) Patologie respiratorie polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe	①	②	③	④	⑤
5) O.O.N.G.L. occhio, orecchio, naso, gola, laringe	①	②	③	④	⑤
6) Apparato GI superiore esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas	①	②	③	④	⑤
7) Apparato GI inferiore intestino, ernie	①	②	③	④	⑤
8) Patologie epatiche solo fegato	①	②	③	④	⑤
9) Patologie renali solo rene	①	②	③	④	⑤
10) Altre patologie genito-urinarie ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali	①	②	③	④	⑤
11) Sistema muscolo-scheletro-cutaneo muscoli, scheletro, tegumenti	①	②	③	④	⑤
12) Patologie sistema nervoso sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza	①	②	③	④	⑤
13) Patologie endocrine-metaboliche include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici	①	②	③	④	⑤
14) Patologie psichiatriche-comportamentali include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi	①	②	③	④	⑤

①: assente; ②: lieve; ③: moderato; ④: grave; ⑤: molto grave

nome cognome del medico e numero di iscrizione ordine - timbro e firma

4. DIMENSIONE RELAZIONALE

La compilazione delle schede A e B è a cura dell'operatore sociale del Comune o della struttura sanitaria pubblica di riferimento

SCHEDA A) MDS-HC Disturbi dell'umore	PUNTI
<p><i>Legenda per la codifica dei disturbi dell'umore osservati</i></p> <p>0 - disturbo non presente negli ultimi 7 gg 1 - presente in 1-2 degli ultimi 7 gg 2 - presente in ognuno degli ultimi 7 gg</p>	
SENSAZIONE DI TRISTEZZA O DI UMORE DEPRESSO - che la vita non valga la pena di essere vissuta, che nulla conti, che non si è utili ad alcuno o che sarebbe meglio morire	
RABBIA PERSISTENTE CONTRO SE' O ALTRI - es. facilmente annoiato, si arrabbia quando riceve assistenza	
ESPRESSIONE DI PAURA IRREALISTICA - es. paura di essere abbandonato, di stare solo o stare con altri	
PREOCCUPAZIONI PER LO STATO DI SALUTE - es. chiede persistenti visite mediche, ossessionato dalle funzioni corporali	
MANIFESTAZIONI RIPETUTE DI ANSIA, PREOCCUPAZIONE - es. chiede insistentemente attenzione/assicurazione circa gli orari, pasti, lavanderia, vestiti, aspetti relazionali	
TRISTE, DOLENTE, ESPRESSIONE CORRUCIATA - es. fronte aggrottata	
PIANTO FREQUENTE	
ABBANDONO DI ATTIVITA' - es. nessun interesse in attività consuete o nello stare con parenti/amici	
RIDOTTE INTERAZIONI SOCIALI	
PUNTEGGIO A	
<p>Il punteggio ottenuto nella somministrazione della SCHEDA A dovrà essere ricalcolato secondo la seguente scala:</p> <p>da 0 a 6 riportare 0 nel punteggio totale da 7 a 12 riportare 1 nel punteggio totale da 13 a 18 riportare 2 nel punteggio totale</p>	

SCHEDA B) MDS-HC Disturbi del comportamento	PUNTI
<p><i>Legenda per la codifica dei disturbi del comportamento osservati</i></p> <p>0 - disturbo non presente negli ultimi 7 gg 1 - presente negli ultimi 7 gg, facilmente controllato 2 - presente negli ultimi 7 gg, non facilmente controllato</p>	
VAGARE senza alcun motivo relazionale, apparentemente senza badare ai propri bisogni e alla sicurezza	
USARE LINGUAGGIO OFFENSIVO - ha spaventato, minacciato, gridato ad altre persone	
ESSERE FISICAMENTE AGGRESSIVO - ha colpito, ferito, graffiato, altro	
COMPORAMENTO SOCIALMENTE INADEGUATO - emette suoni fastidiosi, rumori, urla, compie gesti di autolesionismo, compie atti osceni o si spoglia in pubblico, lancia cibo/feci, rovista tra le cose degli altri, ha comportamenti ripetitivi, si sveglia presto e disturba	
RIFIUTARE L'ASSISTENZA - rifiuta di prendere medicine, fare iniezioni, l'assistenza nelle ADL, nel mangiare o nei cambiamenti di posizione	
PUNTEGGIO B	

PUNTEGGIO DIMENSIONE RELAZIONALE (umore + comportamento)			
0 - 4	lieve	<input type="checkbox"/>	
5 - 8	medio	<input type="checkbox"/>	
9 - 12	grave	<input type="checkbox"/>	

nome cognome dell'operatore sociale - timbro e firma

5. SCHEDA SOCIO AMBIENTALE

5.1 SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE (famiglia, amici, vicinato, volontariato)

		SOGGETTO AUTONOMO	SOGGETTO NON AUTONOMO	
Attività quotidiane		Sufficiente	Parzialmente sufficiente o difficoltà di tenuta	Insufficiente
Preparazione dei pasti	0	5	10	10
Pulizia della casa	0	5	5	10
Lavanderia	0	5	5	10
Effettuazione acquisti	0	5	5	10
Alimentazione	0	5	10	20
Bagno	0	5	5	10
Toeletta personale	0	5	10	15
Abbigliamento	0	5	10	15
Uso del wc (o padella o panno)	0	5	15	25
Assunzione dei medicinali (se pertinente)	0	5	10	10
Trasferimenti	0	5	15	20
Deambulazione	0	5	10	15
Gestione del denaro	0	5	10	10
Sostegno psicoaffettivo	0	5	10	10
Supervisione diurna	0	5	15	25
Supervisione notturna	0	5	15	25
TOTALE RETE SOCIALE				

GIUDIZIO SINTETICO RETE SOCIALE

<p>0 - 80 ben assistito</p> <p>La rete sociale svolge un'adeguata funzione protettiva e di sostegno e cura della persona, è capace di assistere fisicamente e assicurare aiuti concreti e un intervento attivo sul suo ambiente di vita e rendere possibile lo sviluppo di ulteriori relazioni sociali.</p>	<p>85 - 160 parzialmente assistito</p> <p>La rete sociale parzialmente svolge un'adeguata funzione protettiva e di sostegno e cura della persona, non assicura con la dovuta continuità, a causa del suo progressivo invecchiamento o di patologie e disabilità intervenute o della sua non costante presenza, aiuti concreti e un intervento attivo sul suo ambiente di vita e rende possibile lo sviluppo di ulteriori relazioni sociali.</p>	<p>165 - 240 non sufficientemente assistito</p> <p>La rete sociale, per un progressivo logoramento della rete familiare di sostegno e cura dovuto al suo progressivo invecchiamento o di patologie e disabilità intervenute o della sua non costante presenza, non svolge un'adeguata funzione protettiva e di sostegno alla persona, non assicura con la dovuta continuità aiuti concreti e un intervento attivo sul suo ambiente di vita e non rende possibile lo sviluppo di ulteriori relazioni sociali.</p>
<input type="checkbox"/> 1. ben assistito	<input type="checkbox"/> 2. parzialmente assistito	<input type="checkbox"/> 3. non sufficientemente assistito

5.2 INDICATORE SITUAZIONE ECONOMICA EQUIVALENTE ISEE	
oltre 15.000 euro	<input type="checkbox"/>
da 6000 fino a 15.000 euro	<input type="checkbox"/>
< 6.000 euro	<input type="checkbox"/>

GIUDIZIO SINTETICO SITUAZIONE ECONOMICA		
oltre 15.000	6000 - 15.000	< 6.000
La situazione economica è adeguata o comunque non incide significativamente sulla capacità di cura e di sostegno, sulle relazioni con altri soggetti e gruppi presenti nella comunità in cui si abita. Le condizioni economiche del nucleo familiare convivente non influenzano negativamente la qualità delle cure.	Le condizioni economiche del nucleo familiare convivente sono al di sopra della soglia di povertà calcolata annualmente dall'ISTAT (superiori di circa il 20% al valore della soglia) e dalla soglia ISEE individuata dal programma regionale di contrasto della povertà. Le condizioni economiche incidano parzialmente sulle capacità di cura e di sostegno alla persona con disabilità.	Le condizioni economiche del nucleo familiare convivente non sono soddisfacenti e, indicativamente, sono al di sotto della soglia di povertà calcolata annualmente dall'ISTAT. Le condizioni economiche, in alcuni casi, hanno richiesto o potrebbero richiedere nel breve termine un intervento del Comune a sostegno del reddito. La capacità di cura e di relazione con soggetti e gruppi presenti nella comunità in cui si abita è influenzata negativamente dalle difficoltà economiche.
<input type="checkbox"/> 1. soddisfacente	<input type="checkbox"/> 2. parzialmente soddisfacente	<input type="checkbox"/> 3. non soddisfacente

5.3 ADEGUATEZZA DELL'AMBIENTE DOMICILIARE			
PROBLEMI EVENTUALI (Barrare le caselle)	SI	NO	Eventuale intervento correttivo
			Mese e anno
Impianto di riscaldamento assente o carente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ _ __ _
Assenza di acqua calda corrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ _ __ _
Bagno o doccia interna assenti o non attrezzati per disabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ _ __ _
Scarsa sicurezza apparecchi come stufe a gas o cucina a gas (per disorientati e non sorvegliati)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ _ __ _
Infissi rotti o malandati; pareti con macchie estese di umidità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ _ __ _

BARRIERE ALLA MOBILITA'		Eventuale intervento correttivo	
		Mese	anno
Pericolo di inciampare, piastrelle sconnesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _
Mancanza di ascensore per chi non abita al piano terra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _
Inadeguatezza ascensore dimensione insufficiente per far entrare una carrozzina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _
Gradini o barriere architettoniche interne o esterne all'abitazione, scale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _
Gabinetto senza barre di appoggio o comunque insicuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _
Fermata del mezzo pubblico a più di 500 metri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _
Negozi alimentari più vicino a più di 500 metri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _
Farmacia più vicina a più di 500 metri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _
PULIZIA DELLA ABITAZIONE		Eventuale intervento correttivo	
		Mese	anno
L'abitazione non presenta problemi di pulizia, di ordine e di rifiuti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _
L'abitazione presenta disordine e/o mancanza di pulizia, ma non in modo marcato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _
L'abitazione presenta assenza di pulizia e disordine immediatamente evidente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _
L'abitazione presenta grossa sporcizia ed accumulo di rifiuti e completo degrado ambientale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _ _ _ _ _ _

GIUDIZIO SINTETICO AMBIENTE DOMICILIARE		
<input type="checkbox"/> 1. Abitazione idonea priva di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al numero di persone, ben servita. Criticità in buona parte superabili con interventi immediati.	<input type="checkbox"/> 2. Abitazione parzialmente idonea in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano la persona nel corretto utilizzo degli ambienti di vita o dei servizi. Criticità parzialmente superabili con interventi immediati.	<input type="checkbox"/> 3. Abitazione non idonea pericolosa, fatiscente o ant igienica e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano, e/o sfratti esecutivi, e/o isolata. Criticità non superabili con interventi immediati.

SINTESI SCHEDA SOCIO AMBIENTALE		punti
Supporto rete	ben assistito parzialmente assistito non sufficientemente assistito	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Indicatore ISEE (Prestazioni socio-assistenziali)	soddisfacente parzialmente soddisfacente non soddisfacente	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Adeguatezza ambiente domiciliare	idoneo parzialmente idoneo non idoneo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
TOTALE		

LIVELLO DI CRITICITA' RILEVATO NELLA SCHEDA SOCIO AMBIENTALE		
0 - 4	Inesistente o lieve criticità	<input type="checkbox"/> 1
5 - 6	Media criticità	<input type="checkbox"/> 2
7 - 9	Alta criticità	<input type="checkbox"/> 3

ESITO FINALE VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Barthel Index Modificato (BIM) Pfeiffer MDS-HC Disturbi del omportamento/umore	Supporto della rete sociale ISEE Adeguatezza dell'ambiente domiciliare
LIVELLO ISOGRAVITA' (da 1 a 5)	LIVELLO DI CRITICITA' SOCIO AMBIENTALE (da 1 a 3)
	
<hr/> <i>(in lettere)</i>	<hr/> <i>(in lettere)</i>