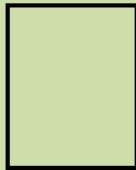




## SCHEDE DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

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"/>
<b>TOTALE</b>				

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

<b>2. DIMENSIONE COGNITIVA</b>		
<b>Pfeiffer - Short Portable Mental Status Questionnaire</b>		
<i>La compilazione della scheda è a cura del medico di medicina generale (medico di famiglia) o della struttura sanitaria pubblica di riferimento</i>		
<b>Formulare le domande da 1 a 10 e registrare le risposte assegnando 0 alla risposta corretta e 1 alla risposta sbagliata:</b>		
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
<b>TOTALE</b>		
<b>0 - 4</b>	<b>assenza di deterioramento o lieve deterioramento cognitivo</b>	
<b>5 - 7</b>	<b>moderato deterioramento cognitivo</b>	
<b>8 - 10</b>	<b>grave deterioramento cognitivo</b>	
<p><b>Nel caso il test non sia direttamente somministrabile per la gravità del deterioramento, assegnare 10 errori, cioè punti 10.</b></p> <p><b>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.</b></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

<b>3. SCHEDA CLINICA</b>	<b>INDICE DI COMORBIDITÀ (CIRS)</b>				
<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><b>0 - disturbo non presente negli ultimi 7 gg</b>  <b>1 - presente in 1-2 degli ultimi 7 gg</b>  <b>2 - presente in ognuno degli ultimi 7 gg</b></p>	
<b>SENSAZIONE DI TRISTEZZA O DI UMORE DEPRESSO</b> - 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	
<b>RABBIA PERSISTENTE CONTRO SE' O ALTRI</b> - es. facilmente annoiato, si arrabbia quando riceve assistenza	
<b>ESPRESSIONE DI PAURA IRREALISTICA</b> - es. paura di essere abbandonato, di stare solo o stare con altri	
<b>PREOCCUPAZIONI PER LO STATO DI SALUTE</b> - es. chiede persistenti visite mediche, ossessionato dalle funzioni corporali	
<b>MANIFESTAZIONI RIPETUTE DI ANSIA, PREOCCUPAZIONE</b> - es. chiede insistentemente attenzione/assicurazione circa gli orari, pasti, lavanderia, vestiti, aspetti relazionali	
<b>TRISTE, DOLENTE, ESPRESSIONE CORRUCIATA</b> - es. fronte aggrottata	
<b>PIANTO FREQUENTE</b>	
<b>ABBANDONO DI ATTIVITA'</b> - es. nessun interesse in attività consuete o nello stare con parenti/amici	
<b>RIDOTTE INTERAZIONI SOCIALI</b>	
<b>PUNTEGGIO A</b>	
<p><b>Il punteggio ottenuto nella somministrazione della SCHEDA A dovrà essere ricalcolato secondo la seguente scala:</b></p> <p>da 0 a 6            riportare <b>0</b> nel punteggio totale  da 7 a 12            riportare <b>1</b> nel punteggio totale  da 13 a 18            riportare <b>2</b> 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><b>0 - disturbo non presente negli ultimi 7 gg</b>  <b>1 - presente negli ultimi 7 gg, facilmente controllato</b>  <b>2 - presente negli ultimi 7 gg, non facilmente controllato</b></p>	
<b>VAGARE</b> senza alcun motivo relazionale, apparentemente senza badare ai propri bisogni e alla sicurezza	
<b>USARE LINGUAGGIO OFFENSIVO</b> - ha spaventato, minacciato, gridato ad altre persone	
<b>ESSERE FISICAMENTE AGGRESSIVO</b> - ha colpito, ferito, graffiato, altro	
<b>COMPORAMENTO SOCIALMENTE INADEGUATO</b> - 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	
<b>RIFIUTARE L'ASSISTENZA</b> - rifiuta di prendere medicine, fare iniezioni, l'assistenza nelle ADL, nel mangiare o nei cambiamenti di posizione	
<b>PUNTEGGIO B</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

## IDENTIFICAZIONE LIVELLI DI ISOGRAVITA' DEL BISOGNO

		Riportare il punteggio ottenuto
FUNZIONALE:	Barthel Index Modificato (BIM)	
COGNITIVA:	Pfeiffer - Short Portable Mental Status Questionnaire	
RELAZIONALE:	MDS-HC Disturbi del comportamento	MDS-HC Disturbi dell'umore

### LIVELLI DI ISOGRAVITA' DEL BISOGNO

	FUNZIONALE: LIEVE (> 74)			FUNZIONALE: MODERATA (50-74)			FUNZIONALE: GRAVE (0-49)		
	COMP./UMORE LIEVE (0-4)	COMP./UMORE MEDIO (5-8)	COMP./UMORE GRAVE (9-12)	COMP./UMORE LIEVE (0-4)	COMP./UMORE MEDIO (5-8)	COMP./UMORE GRAVE (9-12)	COMP./UMORE LIEVE (0-4)	COMP./UMORE MEDIO (5-8)	COMP./UMORE GRAVE (9-12)
COGNITIVA: ASSENTE/LIEVE (0-4)	1	2	3	2	3	4	4	4	5
COGNITIVA: MODERATA (5-7)	2	2	3	3	3	4	4	4	5
COGNITIVA: GRAVE (8-10)	3	3	4	3	4	5	4	5	5

<b>LIVELLO DI ISOGRAVITA'</b>



## 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
<b>TOTALE RETE SOCIALE</b>				

### 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"/> <b>1. ben assistito</b>	<input type="checkbox"/> <b>2. parzialmente assistito</b>	<input type="checkbox"/> <b>3. non sufficientemente assistito</b>

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
<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>
<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"/>	__ _   __ _

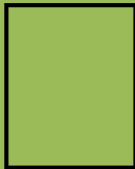
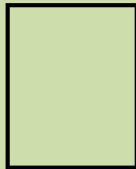
<b>BARRIERE ALLA MOBILITA'</b>		Eventuale intervento correttivo	
		Mese e anno	
Pericolo di inciampare, piastrelle sconnesse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_ _ _	_ _ _
Mancanza di ascensore per chi non abita al piano terra	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_ _ _	_ _ _
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"/>	_ _ _	_ _ _
<b>PULIZIA DELLA ABITAZIONE</b>		Eventuale intervento correttivo	
		Mese e 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"/>	_ _ _	_ _ _

<b>GIUDIZIO SINTETICO AMBIENTE DOMICILIARE</b>		
<input type="checkbox"/> <b>1. Abitazione idonea</b> 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"/> <b>2. Abitazione parzialmente idonea</b> 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"/> <b>3. Abitazione non idonea</b> 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
<b>TOTALE</b>		

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

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