REGIONE TOSCANA
UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DEL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 11/10/2021 *(punto N 36)*

Delibera *N 1055* *del 11/10/2021*

Proponente

SERENA SPINELLI

DIREZIONE SANITA', WELFARE E COESIONE SOCIALE

Pubblicità / Pubblicazione *Atto pubblicato su Banca Dati (PBD)*

Dirigente Responsabile *Barbara TRAMBUSTI*

Direttore *Carlo Rinaldo TOMASSINI*

Oggetto:

Il modello regionale del Percorso di presa in carico della persona con disabilità: approvazione strumenti, procedure e metodologie, in attuazione della DGR 1449/2017.

Presenti

Eugenio GIANI	Stefania SACCARDI	Stefano BACCELLI
Simone BEZZINI	Stefano CIUOFFO	Leonardo MARRAS
Monia MONNI	Alessandra NARDINI	Serena SPINELLI

ALLEGATI N°7

ALLEGATI

Denominazione	*Pubblicazione*	*Riferimento*
A	Si	Scheda di accesso
B	Si	Scheda anagrafica
C	Si	Scheda di valutazione sociale
D	Si	Questionario opportunità e qualità di vita
E	Si	Modello di valutazione ADA
F	Si	Profilo di funzionamento
G	Si	Scheda Progetto di vita

STRUTTURE INTERESSATE

Denominazione
DIREZIONE SANITA', WELFARE E COESIONE SOCIALE

LA GIUNTA REGIONALE

Viste:
- la legge n. 104/1992 “Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”;
- la legge 328/2000 “legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;
- la legge n. 18/2009 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità”;
- la legge n. 112/2016 “Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”;
- il decreto del Presidente della Repubblica del 12 ottobre 2017 di adozione del secondo Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità”;
- il decreto legislativo n. 66/2017 “Norme per la promozione dell’inclusione scolastica degli studenti con disabilità, a norma dell’art. 1, c. 180 e 181, lett. c), della legge 13 luglio 2015, n. 107”, come modificato dal decreto legislativo n. 96/2019;

Richiamate:
- la legge regionale n. 40/2005 “Disciplina del servizio sanitario regionale”;
- la legge regionale n. 41/2005 “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”;
- la legge regionale n. 66/2008 “Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza”;
- la legge regionale n. 60/2017 “Disposizioni generali sui diritti e le politiche per le persone con disabilità”, in particolare l'art. 9 “Progetto di vita”;
- il Programma Regionale di Sviluppo (PRS) 2016-2020 approvato con risoluzione del Consiglio Regionale n. 47 del 15 marzo 2017, che include nei progetti regionali specifici, gli interventi in favore dei soggetti svantaggiati e delle persone con disabilità;
- il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020 (PSSIR), adottato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 73 del 9 ottobre 2019, in particolare il Focus 2 dedicato alle persone con disabilità, che pone in evidenza l’obiettivo programmatico della presa in carico della persona con disabilità;

Tenuto conto del DPCM 21 novembre 2019 che adotta il Piano nazionale per la Non Autosufficienza (PNA) relativo al triennio 2019-2021 e della DGR 540 del 17/05/2021 che approva l’aggiornamento del Piano regionale per la Non Autosufficienza 2019-2021;

Viste:
- la delibera della Giunta Regionale n. 370 del 22/03/2010 che approva il “Progetto per l'assistenza continua della persona non autosufficiente”;
- la delibera della Giunta Regionale n. 1449 del 19/12/2017 “Percorso di attuazione del modello regionale di Presa in carico della persona con disabilità: il Progetto di vita” che ha definito la cornice di lavoro affinché si possa giungere a un modello omogeneo sul territorio regionale;

Dato atto che, come previsto dalla DGR 1449/2017, la Regione Toscana ha avviato nel corso del 2018 un tavolo di lavoro e confronto tra le direzioni aziendali, zonali e dei settori regionali coinvolti in materia di disabilità, sul tema dei Livelli di governo e di coordinamento dei percorsi, nonché tre tavoli di lavoro tecnici che hanno visto coinvolte tutte le tipologie professionali dell’area sanitaria e di quella sociale del sistema dei servizi sociosanitari territoriali, competenti nell’ambito della disabilità;

Precisato che nei tavoli di lavoro sopra richiamati è stata coinvolta ANCI- Federsanità, attraverso la nomina e costante partecipazione di propri referenti;

Precisato inoltre che il percorso di lavoro, nelle sue diverse fasi, è stato condiviso con i Coordinamenti e le Federazioni delle associazioni delle persone con disabilità e dei loro familiari più rappresentative a livello regionale;

Ricordato che la prima fase di lavoro dei gruppi sopra richiamati, si è conclusa a fine 2019 con l'approvazione della delibera della Giunta Regionale n. 1642 del 23/12/2019 che, in attuazione della DGR 1449/2017, ha specificato i requisiti minimi organizzativi da garantire su tutto il territorio regionale per la presa in carico della persona con disabilità, la garanzia della continuità assistenziale e della partecipazione della persona, rimandando a successivo atto l'approvazione delle modalità e procedure di definizione del Profilo di funzionamento della persona e del suo Progetto di vita;

Specificato che nel 2020 è stata avviata la seconda fase di lavoro, conclusa con la definizione di un set di strumenti e procedure a supporto della presa in carico e valutazione dei bisogni della persona con disabilità, nonché della definizione, monitoraggio e valutazione del suo Progetto di vita;

Specificato inoltre che è stato avviato un percorso di formazione sull'utilizzo della metodologia del Budget di salute per la predisposizione dei Progetti di vita delle persone con disabilità, che vede coinvolte tutte le zone distretto e Società della Salute all'interno della comunità di pratica dedicata a questo tema e coordinata da ANCI- Federsanità;

Precisato che è stata effettuata una rilevazione finalizzata a censire gli strumenti, scale e test per la valutazione dei bisogni della persona con disabilità tra le diverse aree professionali e nelle diverse fasce di età della persona, che ha mostrato una estrema eterogeneità degli strumenti utilizzati;

Rilevato dunque come la varietà degli strumenti sopra richiamati evidenzi una ricchezza tale da non ritenere opportuno definire un elenco unico ed esaustivo a livello regionale;

Stabilito che la fase di valutazione dei bisogni della persona con disabilità, preliminare alla definizione del Profilo di funzionamento, è affidata ai professionisti delle Unità di Valutazione Multidimensionali per la Disabilità (UVMD) territoriali, che utilizzano test, scale e strumenti standardizzati e validati, ferma restando l'obbligatorietà dei protocolli previsti per alcuni percorsi, dal livello nazionale e regionale;

Ritenuto pertanto di procedere all'approvazione dei seguenti strumenti, procedure e metodologie, parti integranti e sostanziali del presente atto:

- allegato A "Scheda di accesso e segnalazione del bisogno" da adottarsi per tutti i PuntoInsieme del territorio regionale;
- allegato B "Scheda anagrafica" della cartella sociosanitaria della persona con disabilità;
- allegato C "Scheda di valutazione delle dimensioni di vita afferenti all'area sociale";
- allegato D "Questionario delle opportunità e della qualità di vita";
- allegato E "Modello di valutazione dell'Adattamento Domestico per l'Autonomia (ADA)";
- allegato F "Procedura di definizione del Profilo di funzionamento";
- allegato G "Scheda di definizione del Progetto di vita" attraverso la metodologia del Budget di salute;

Sottolineato che gli strumenti sopra elencati si inseriscono nel percorso di presa in carico della persona con disabilità, come definito dalle DGR 1449/2017 e 1642/2019, con l'obiettivo di supportare l'attività dei servizi promuovendo l'integrazione professionale, organizzativa e intersettoriale e al fine di garantire omogeneità di approccio e di opportunità per la persona con disabilità, il caregiver e la sua famiglia;

Specificato che l'implementazione di tali strumenti e la fase di prima applicazione, debbano avvenire gradualmente e comunque successivamente all'attuazione di un percorso formativo, di iniziativa regionale, finalizzato ad un corretto e omogeneo utilizzo degli stessi su tutto il territorio regionale e rivolto agli operatori della rete dell'accesso e ai professionisti componenti delle UVMD territoriali;

Valutato inoltre che dovrà essere garantito il monitoraggio regionale, relativamente almeno ai primi 12 mesi di effettivo utilizzo degli strumenti, al fine di poterne valutare la corretta e omogenea applicazione, nonché l'impatto sulle modalità di lavoro dei professionisti, ed eventualmente apportare gli adeguamenti e i correttivi necessari;

Precisato che, per rendere effettivamente fruibili tutti gli strumenti, si rende necessario implementare il modulo di presa in carico della persona con disabilità quale ulteriore sezione del sistema informativo dei servizi territoriali AsTerCloud;

Ritenuto infine opportuno precisare che i documenti di cui agli allegati da A a G, parti integranti e sostanziali del presente atto, debbano essere recepiti con propri atti, dalle Aziende USL/ zone distretto e dalle Società della Salute, al fine di darne la più ampia diffusione e applicazione presso i servizi territoriali competenti;

Specificato di dare mandato ai competenti settori della Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale:

- di provvedere, con successivo atto, alla modifica dell'allegato A, al decreto dirigenziale n. 1354/2010, in particolare il fac-simile della Scheda di segnalazione- accesso, i cui contenuti sono stati aggiornati come definito con l'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;
- di trasmettere il presente atto alle Aziende USL/ zone distretto e alle Società della Salute e di monitorarne l'effettivo recepimento con propri atti, ciascuno per quanto di competenza;
- di avviare la programmazione del percorso formativo degli operatori della rete dell'accesso e dei professionisti componenti delle UVMD territoriali, anche attraverso il coinvolgimento di ANCI-Federsanità;
- di implementare il sistema informativo dei servizi territoriali AsTerCloud con il modulo di presa in carico della persona con disabilità, comprensivo dei contenuti, strumenti e procedure approvate con il presente atto;

Valutato che le finalità e gli obiettivi dei documenti allegati sono coerenti con gli obiettivi e la strategia regionali in materia, così come delineati nei citati atti di programmazione e da questo non derivano oneri a carico del bilancio regionale;

A voti unanimi,

DELIBERA

1. di stabilire che la fase di valutazione dei bisogni della persona con disabilità, preliminare alla definizione del Profilo di funzionamento, è affidata ai professionisti delle Unità di Valutazione Multidimensionali per la Disabilità (UVMD) territoriali, che utilizzano test, scale e strumenti standardizzati e validati, ferma restando l'obbligatorietà dei protocolli previsti per alcuni percorsi, dal livello nazionale e regionale;

2. di approvare i seguenti strumenti, procedure e metodologie, parti integranti e sostanziali del presente atto:

- allegato A "Scheda di accesso e segnalazione del bisogno" da adottarsi per tutti i PuntoInsieme del territorio regionale;
- allegato B "Scheda anagrafica" della cartella sociosanitaria della persona con disabilità;
- allegato C "Scheda di valutazione delle dimensioni di vita afferenti all'area sociale";
- allegato D "Questionario delle opportunità e della qualità di vita";
- allegato E "Modello di valutazione dell'Adattamento Domestico per l'Autonomia (ADA)";
- allegato F "Procedura di definizione del Profilo di funzionamento";
- allegato G "Scheda di definizione del Progetto di vita" attraverso la metodologia del Budget di salute;

3. di precisare che gli strumenti sopra elencati si inseriscono nel percorso di presa in carico della persona con disabilità, come definito dalle DGR 1449/2017 e 1642/2019, con l'obiettivo di supportare l'attività dei servizi promuovendo l'integrazione professionale, organizzativa e intersettoriale e al fine di garantire omogeneità di approccio e di opportunità per la persona con disabilità, il caregiver e la sua famiglia;

4. di specificare che l'implementazione di tali strumenti e la fase di prima applicazione, debbano

avvenire gradualmente e comunque successivamente all'attuazione di un percorso formativo, di iniziativa regionale, finalizzato ad un corretto e omogeneo utilizzo degli stessi su tutto il territorio regionale e rivolto agli operatori della rete dell'accesso e ai professionisti componenti delle UVMD territoriali;

5. di garantire il monitoraggio regionale, relativamente almeno ai primi 12 mesi di effettivo utilizzo degli strumenti, al fine di poterne valutare la corretta e omogenea applicazione, nonché l'impatto sulle modalità di lavoro dei professionisti, ed eventualmente apportare gli adeguamenti e i correttivi necessari;

6. di dare mandato ai competenti settori della Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale:

- di provvedere, con successivo atto, alla modifica dell'allegato A, al decreto dirigenziale n. 1354/2010, in particolare il fac-simile della Scheda di segnalazione- accesso, i cui contenuti sono stati aggiornati come definito con l'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;
- di trasmettere il presente atto alle Aziende USL/ zone distretto e alle Società della Salute e di monitorarne l'effettivo recepimento con propri atti, ciascuno per quanto di competenza;
- di avviare la programmazione del percorso formativo degli operatori della rete dell'accesso e dei professionisti componenti delle UVMD territoriali, anche attraverso il coinvolgimento di ANCI-Federsanità;
- di implementare il sistema informativo dei servizi territoriali AsTerCloud con il modulo di presa in carico della persona con disabilità, comprensivo dei contenuti, strumenti e procedure approvate con il presente atto;

Il presente atto è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art.18 della l.r. 23/2007

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

IL DIRIGENTE RESPONSABILE
BARBARA TRAMBUSTI

IL DIRETTORE
CARLO RINALDO TOMASSINI

Allegato A

(FAC-SIMILE)

Scheda di Accesso e segnalazione del bisogno

(ai sensi dell'art. 9 L.R. 66/2008)

(LOGO AZIENDA USL) *(LOGO Zona distretto/ SdS)*

DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA

Cognome …… Nome ……

Luogo di nascita …… Data nascita ……

Codice Fiscale …….. Recapito telefonico …….

Residenza …… (indirizzo, comune, prov)

Domicilio sanitario (se diverso dalla residenza) …… (indirizzo, comune, prov)

Sesso: *maschio* ☐ *femmina* ☐ Cittadinanza ……

Medico assistito: MMG ☐ Pediatra di F. ☐

Cognome …… Nome ……

Certificazione L. 104/92 SI ☐ NO ☐ non so ☐

se SI: in gravità SI ☐ NO ☐ non so ☐

Invalidità SI ☐ NO ☐ non so ☐

se SI: con accompagnamento SI ☐ NO ☐ non so ☐

100% ☐ altra ☐ (specificare) …….. %

SEGNALAZIONE

Tipo segnalazione: ☐ *primo contatto* ☐ *richiesta valutazione successiva non programmata*

Segnalatore (se diverso dall'interessato):

Cognome …… Nome ……

Rapporto con l'interessato …… Indirizzo …….

Recapito telefonico …….

PERSONA DI RIFERIMENTO (se diversa dal segnalatore)

Cognome …… Nome ……

A titolo di ……..

Indirizzo …… Recapito telefonico …….

TIPOLOGIA DEL BISOGNO ESPRESSO

Semplice: sociale ☐ sanitario ☐ Complesso ☐ Urgente ☐

…….. (breve descrizione)

DATA RUOLO / FIRMA OPERATORE

…….. ……

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

Scheda di Accesso e segnalazione del bisogno

Fac-simile…….. Scheda di accesso e segnalazione del bisogno	La scheda può essere integrata con tutte le informazioni che la zona distretto/ SdS ritiene opportuno raccogliere in sede di segnalazione del bisogno. E' cura di ciascuna zona distretto/ SdS inserire nella scheda gli eventuali richiami normativi relativi a DPR 445/2000 e privacy.
Obiettivo della scheda……..	Raccogliere i dati anagrafici della persona e aprire il fascicolo socio-sanitario, se trattasi di primo contatto.
Tipo segnalazione…….	Indicare: • *primo contatto* qualora la persona non si è mai rivolta ai servizi territoriali e non è mai stato aperto il fascicolo socio-sanitario. • *richiesta valutazione successiva non programmata* qualora venga segnalato un caso già in carico ai servizi, che necessita di rivalutazione non programmata dalla UVM-UVMD, per sopravvenute modifiche sostanziali delle condizioni di bisogno.
Segnalatore (a titolo di…)……	Indicare solo se diverso dall'interessato. Rapporto con l'interessato: indicare se... • familiare/ parente • rappresentante legale/ amministratore di sostegno • conoscente • volontario • amico • altro
Persona di riferimento……..	Si intende la persona (familiare/caregiver/non familiare) che è possibile contattare per comunicazioni o richieste.
Tipologia del bisogno espresso…..	Le voci non si escludono a vicenda; l'urgenza è indipendente dalla complessità del caso. Indicare brevemente l'evento o la richiesta segnalata.

Allegato B

SCHEDA ANAGRAFICA

COGNOME: …… NOME:……

DATI DELLA PERSONA

Data di nascita
M / F
Luogo di nascita
Nazionalità
Comune di residenza
Indirizzo
Recapito telefonico
Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
Codice fiscale
Stato civile
Professione
Accertamento handicap L. 104/92 (data)
Gravità (S/N)
Riconoscimento Invalidità (data)
Invalidità (%)
Accompagnamento (S/N)
Indennità di frequenza (S/N)
Commissione medico-legale (revisione – mese/anno)
Tipologia handicap (psichico- fisico- plurihandicap- sensoriale)
Diagnosi sanitaria (ICD 10)
Iscrizione collocamento (L. 68/99) S/N

DATI DEL FAMILIARE DI RIFERIMENTO E/O RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome e Cognome
Recapito telefonico
Familiare (S/N)
Rappresentante legale (S/N)
Amministratore di sostegno (S/N)
Tutore (S/N)
Procuratore (S/N)
Curatore (S/N)

DATI MEDICO DI BASE / PEDIATRA DI FAMIGLIA

Nome e Cognome
Recapito telefonico
Indirizzo ambulatorio

DATI SPECIALISTA DI RIFERIMENTO (se presente)

Qualifica
Nome e Cognome
Recapito telefonico
Indirizzo ambulatorio

Scheda di valutazione delle dimensioni di vita afferenti all'area sociale (DGR 1449/2017)

Allegato C

DIMENSIONE	SOTTODIMENSIONE	Variabili intervenienti	VALUTAZIONE

DIMENSIONI DELLA PERSONA (PARTE 1. Funzionamento e disabilità- Capitolo: Attività e partecipazione)

AFFETTIVITA', RELAZIONI E INTERESSI	**Relazioni formali** (es datori di lavoro, professionisti, fornitori di servizi, persone autorevoli, subordinate e pari)	a) interagire con le persone in modo adeguato b) relazioni conflittuali c) relazioni di dipendenza	
	(campo a risposta chiusa)		
	Relazioni sociali informali (es. amici, vicini di casa, conoscenti, colleghi, persone dello stesso ambiente o professione)		
	(campo a risposta chiusa)		
	Relazioni familiari		
	(campo a risposta chiusa)		
	Relazioni intime (strette, significative, sentimentali)		
	(campo a risposta chiusa)		
	Attività, campi di interesse (attività sportive, espressive, uscite con gli amici, ricreative, culturali, hobby, partecipazione attiva alla vita sociale, civile e di comunità)	motivazione o rifiuto a svolgere qualche/tutte le attività	
	(campo a risposta chiusa)		
CURA DELLA PERSONA	**Igiene personale** (lavarsi)		
	(campo a risposta chiusa)		
	Abbigliamento (vestirsi)		
	(campo a risposta chiusa)		
	Alimentazione (mangiare e bere)		
	(campo a risposta chiusa)		

AUTONOMIA ABITATIVA	**Disponibilità di un alloggio** (proprietà, affitto, ERP, struttura Dopo di noi, struttura assistenziale residenziale,…)	
	(campo a risposta chiusa)	
	Indipendenza dal nucleo familiare di origine	
	(campo a risposta chiusa)	
	Gestione del denaro in relazione alle spese della casa	
	(campo a risposta chiusa)	
	Cura della casa (pulizia dell'ambiente e altri compiti casalinghi)	
	(campo a risposta chiusa)	
	Collocazione dell'abitazione e raggiungibilità dei servizi (contesto cittadino, periferico, rurale, isolato, ecc.)	
	(campo a risposta chiusa)	
CAPACITA' SOCIALE	**Livello di istruzione (equivalente**: titoli equivalenti di altri paesi**)** licenza elementare, diploma, laurea, altro	
	(campo a risposta chiusa)	
	Occupabilità (percorsi di accompagnamento al lavoro, inserimenti socioterapeutici o lavorativi, ecc.)	
	(campo a risposta chiusa)	
	Attività lavorativa (dipendente, autonomo, tirocinio retribuito)	
	(campo a risposta chiusa)	
	Capacità economica (presenza di una fonte di reddito da lavoro, pensione di invalidità, di reversibilità, altri redditi)	
	(campo a risposta chiusa)	
	Capacità di gestione del denaro per operazioni semplici (es. comprare cibo, risparmiare denaro) **e complesse** (es. aquistare un'impresa, gestire un conto in banca)	
	(campo a risposta chiusa)	
	Competenze linguistiche (abilità di gestione della lingua italiana)	
	(campo a risposta chiusa)	
	Capacità di accesso e fruizione di servizi e opportunità	
	(campo a risposta chiusa)	
	Spostamenti in autonomia (con auto, mezzi pubblici, ecc.)	
	(campo a risposta chiusa)	

DIMENSIONI SOCIALI (PARTE 2. Fattori contestuali - Capitolo: Fattori ambientali)

RETE FAMILIARE	**Nucleo familiare convivente** (nome e cognome, rapporto di parentela, anno di nascita) *Valutare la **capacità** dei componenti della famiglia di rispondere alle esigenze della persona e sostenerla nella vita quotidiana, sia in modo diretto sia attivandosi nei confronti dei servizi.*	a) relazioni conflittuali b) relazioni di dipendenza c) relazioni positive d) altre tipologie…	
	(un campo per ciascun componente) *(un campo per ciascun componente)* *(un campo per ciascun componente)*		
	Rete parentale non convivente (rapporto di parentela, anno di nascita) *Valutare la **capacità** della rete parentale non convivente di rispondere alle esigenze della persona e sostenerla nella vita quotidiana, sia in modo diretto sia attivandosi nei confronti dei servizi.*	a) relazioni conflittuali b) relazioni di dipendenza c) relazioni positive d) altre tipologie…	
	(un campo per ciascun componente) *(un campo per ciascun componente)* *(un campo per ciascun componente)*		
RETE SOCIALE E DI SUPPORTO	**Rete sociale** - presenza di amici (attività svolte, frequenza, ecc)	a) relazioni conflittuali b) relazioni di dipendenza c) relazioni positive d) altre tipologie…	
	(campo a risposta chiusa)		
	- presenza conoscenti (attività svolte, frequenza, ecc)		
	(campo a risposta chiusa)		
	- presenza associazioni (attività svolte, frequenza, ecc)		
	(campo a risposta chiusa)		
	Amministratore di sostegno (presenza, ruolo e attività nel progetto, livello di collaborazione con i servizi, altri indicatori)		
	(campo a risposta chiusa)		
	Assistente familiare/personale: - copre tutti i bisogni? - quanto la presenza può essere utile sul benessere complessivo della persona		
	(campo a risposta chiusa)		
	Rete servizi attivi (quale servizio e con quali risultati)		
	(campo a risposta chiusa)		

CAREGIVER	**Livello di responsabilità** (quanta responsabilità ha rispetto alla persona) *(campo a risposta chiusa)* **Carico assistenziale** (definizione della copertura assistenziale rispetto ai bisogni specifici, es. quante ore al giorno, quante ore a settimana, ecc.) *(campo a risposta chiusa)* **Tempo di cura** (da quando assiste la persona -mesi/anni) *(campo a risposta chiusa)* **Eventuali bisogni espressi dal caregiver** *(campo a risposta chiusa)* **Livello di stress** *(campo a risposta chiusa)*	*Possibili variabili da osservare:* a) condizione di salute del caregiver b) età del caregiver c) condizione emotiva d) quanti caregiver ci sono? e) Il caregiver si occupa anche di altri persone con disabilità/non autosufficienti? d) limitazioni della sfera lavorativa f) limitazioni della sfera personale g) genere (M/F) h) altre dimensioni di assistenza (es. se ha figli di cui occuparsi) i) vive con la persona? se sì, per scelta? l) quanto collabora con i servizi e si relaziona con la rete m) senso di solitudine	
ACCESSIBILITA' DELL'AMBIENTE DOMESTICO	**Spazi adeguati alle esigenze della persona** (stanza dedicata, disponibilità di stanza per assistente personale, ecc.) *(campo a risposta chiusa)* **Barriere architettoniche** (esterne e interne, compresi servizi igienici) **e fruibilità di spazi e servizi della casa** *(campo a risposta chiusa)* **Condizioni generali strutturali e igieniche dell'abitazione** *(campo a risposta chiusa)*		

Allegato D

QUESTIONARIO delle OPPORTUNITA' e della QUALITA' DI VITA
(DGRT 1449/2017)

NOME E COGNOME ……

Persona con disabilità ☐ **Familiare** ☐ **Rappres. legale** ☐

Autosomministrato ☐

o compilato in collaborazione con ……

1) SALUTE E BENESSERE FISICO

(esempio: fare riabilitazione, ottenere le terapie necessarie, essere visitato o poter contattare specialisti, avere una corretta alimentazione, fare attività motoria)

Quanto ritieni **necessario essere aiutato** per i tuoi problemi di salute e per il tuo benessere fisico?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Negli ultimi 6 mesi hai avuto l'**opportunità** di essere aiutato per i tuoi problemi di salute e per il tuo benessere fisico?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Quanto ti ritieni **soddisfatto** di tali opportunità?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Rispetto alla tua salute e al benessere fisico, cosa **vorresti** migliorare?

……
……
……

2) BENESSERE PERSONALE E AUTONOMIA

(esempio: igiene personale, aiuto per la spesa, preparazione/assunzione dei pasti, ausili o aiuti per la comunicazione, la mobilità e gli spostamenti)

Quanto ritieni **necessario essere aiutato** per la cura della persona e per la tua autonomia?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Negli ultimi 6 mesi hai avuto l'**opportunità** di essere aiutato per la cura della persona e per la tua autonomia?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Quanto ti ritieni **soddisfatto** di tali opportunità?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Rispetto alla cura della persona e alla tua autonomia, cosa **desideri** migliorare?

……
……
……

3) BENESSERE MATERIALE E ABITATIVO

(esempio: vivere in un ambiente adeguato, avere aiuti economici per affitto e bollette, rimuovere barriere architettoniche, attrezzature o ausili per la casa, vita in comune, pulizia degli ambienti)

Quanto ritieni **necessario essere aiutato** per la tua condizione abitativa?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Negli ultimi 6 mesi hai avuto l'**opportunità** di essere aiutato per la tua condizione abitativa?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Quanto ti ritieni **soddisfatto** di tali opportunità?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Rispetto alla tua condizione abitativa, cosa **vorresti** migliorare?

……
……
……

4) BENESSERE RELAZIONALE e AFFETTIVO

(esempio: socializzare, frequentare familiari, amici o conoscere altre persone, vedere posti nuovi, trascorrere del tempo in compagnia, coltivare un hobby, fare sport, andare al cinema o a teatro, affrontare lo stress)

Quanto ritieni **necessario essere aiutato** nei rapporti con le altre persone?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Negli ultimi 6 mesi hai avuto l'**opportunità** di essere aiutato nei rapporti con le altre persone?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Quanto ti ritieni **soddisfatto** di tali opportunità?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Rispetto ai rapporti con le altre persone, cosa **vorresti** migliorare?

……
……
……

5) EDUCAZIONE E ISTRUZIONE

(esempio: imparare cose nuove, apprendere nuove abilità, conoscere e poter usare nuove tecnologie, sia a scuola che in altri contesti come corsi di formazione, laboratori, ecc.)

Quanto ritieni **necessario essere aiutato** per migliorare la tua istruzione?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Negli ultimi 6 mesi hai avuto l'**opportunità** di essere aiutato per la tua istruzione?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Quanto ti ritieni **soddisfatto** di tali opportunità?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Rispetto alla tua istruzione, cosa **vorresti** migliorare?

……
……
……

6) FORMAZIONE E LAVORO

(esempio: imparare un nuovo lavoro e svolgerlo)

Quanto ritieni **necessario essere aiutato** per migliorare la tua condizione lavorativa?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Negli ultimi 6 mesi hai avuto l'**opportunità** di essere aiutato per la tua condizione lavorativa?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Quanto ti ritieni **soddisfatto** di tali opportunità?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Rispetto alla tua condizione lavorativa, cosa **vorresti** migliorare?

……
……
……

IN CONCLUSIONE

QUANTO TI RITIENI SODDISFATTO IN GENERALE DELLA TUA VITA?

……
……
……

DATA, ……..

FIRMA INTERVISTATO

……

FIRMA INTERVISTATORE

……

Allegato D

QUESTIONARIO delle OPPORTUNITA' e della QUALITA' DI VITA
(DGRT 1449/2017)

NOME E COGNOME ……

Persona con disabilità ☐ **Familiare** ☐ **Rappres. legale** ☐

Autosomministrato ☐

o compilato in collaborazione con ……

1) SALUTE E BENESSERE FISICO

(esempio: fare riabilitazione, ottenere le terapie necessarie, essere visitato o poter contattare specialisti, avere una corretta alimentazione, fare attività motoria)

Quanto ritieni **necessario essere aiutato** per i tuoi problemi di salute e per il tuo benessere fisico?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Negli ultimi 6 mesi hai avuto l'**opportunità** di essere aiutato per i tuoi problemi di salute e per il tuo benessere fisico?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Quanto ti ritieni **soddisfatto** di tali opportunità?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Rispetto alla tua salute e al benessere fisico, cosa **vorresti** migliorare?

……
……
……

2) BENESSERE PERSONALE E AUTONOMIA

(esempio: igiene personale, aiuto per la spesa, preparazione/assunzione dei pasti, ausili o aiuti per la comunicazione, la mobilità e gli spostamenti)

Quanto ritieni **necessario essere aiutato** per la cura della persona e per la tua autonomia?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Negli ultimi 6 mesi hai avuto l'**opportunità** di essere aiutato per la cura della persona e per la tua autonomia?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Quanto ti ritieni **soddisfatto** di tali opportunità?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Rispetto alla cura della persona e alla tua autonomia, cosa **desideri** migliorare?

……
……
……

3) BENESSERE MATERIALE E ABITATIVO

(esempio: vivere in un ambiente adeguato, avere aiuti economici per affitto e bollette, rimuovere barriere architettoniche, attrezzature o ausili per la casa, vita in comune, pulizia degli ambienti)

Quanto ritieni **necessario essere aiutato** per la tua condizione abitativa?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Negli ultimi 6 mesi hai avuto l'**opportunità** di essere aiutato per la tua condizione abitativa?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Quanto ti ritieni **soddisfatto** di tali opportunità?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Rispetto alla tua condizione abitativa, cosa **vorresti** migliorare?

……
……
……

4) BENESSERE RELAZIONALE e AFFETTIVO

(esempio: socializzare, frequentare familiari, amici o conoscere altre persone, vedere posti nuovi, trascorrere del tempo in compagnia, coltivare un hobby, fare sport, andare al cinema o a teatro, affrontare lo stress)

Quanto ritieni **necessario essere aiutato** nei rapporti con le altre persone?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Negli ultimi 6 mesi hai avuto l'**opportunità** di essere aiutato nei rapporti con le altre persone?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Quanto ti ritieni **soddisfatto** di tali opportunità?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Rispetto ai rapporti con le altre persone, cosa **vorresti** migliorare?

……
……
……

5) EDUCAZIONE E ISTRUZIONE

(esempio: imparare cose nuove, apprendere nuove abilità, conoscere e poter usare nuove tecnologie, sia a scuola che in altri contesti come corsi di formazione, laboratori, ecc.)

Quanto ritieni **necessario essere aiutato** per migliorare la tua istruzione?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Negli ultimi 6 mesi hai avuto l'**opportunità** di essere aiutato per la tua istruzione?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Quanto ti ritieni **soddisfatto** di tali opportunità?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Rispetto alla tua istruzione, cosa **vorresti** migliorare?

……
……
……

6) FORMAZIONE E LAVORO

(esempio: imparare un nuovo lavoro e svolgerlo)

Quanto ritieni **necessario essere aiutato** per migliorare la tua condizione lavorativa?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Negli ultimi 6 mesi hai avuto l'**opportunità** di essere aiutato per la tua condizione lavorativa?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Quanto ti ritieni **soddisfatto** di tali opportunità?

PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTEMENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Rispetto alla tua condizione lavorativa, cosa **vorresti** migliorare?

……
……
……

IN CONCLUSIONE

QUANTO TI RITIENI SODDISFATTO IN GENERALE DELLA TUA VITA?

……
……
……

DATA, ……..

FIRMA INTERVISTATO

……

FIRMA INTERVISTATORE

……

Allegato E

ADA – "Adattamento Domestico per l'Autonomia personale"

MODELLO DI VALUTAZIONE

Il protocollo per la valutazione dell'adattamento domestico, finalizzata a favorire l'autonomia delle persone con disabilità, è stato elaborato all'interno del percorso di sperimentazione del Progetto ADA, finanziato da Regione Toscana e realizzato dall'Unità di Ricerca Interdipartimentale dell'Università degli Studi di Firenze, *Florence Accessibility Lab* (vedi https://www.dida.unifi.it/vp-136-fal.html), con la collaborazione del Centro Regionale per l'Accessibilità (CRA).

Adattare l'ambiente domestico ai bisogni della persona permette non solamente di rendere più accessibili le abitazioni, ma anche di facilitare l'attività di assistenza dei loro caregiver e di evitare o, quanto meno, ritardare l'istituzionalizzazione.

Il modello valutativo è composto da sei *Schede di Rilievo* (R), che mettono in relazione la *dimensione sanitaria* (le limitazioni funzionali e le potenzialità della persona) con la *dimensione sociale* (le relazioni che intesse o che vorrebbe intessere con gli altri) e quella *ambientale* (gli ostacoli che l'ambiente domestico pone alla sua autonomia), e da quattro *Schede di Valutazione* (V).

Il protocollo prevede un *sopralluogo* presso l'abitazione della persona con disabilità, da parte della UVMD integrata da un *architetto esperto nel campo dell'accessibilità*. La visita si svolge con una modalità relazionale che coinvolge il diretto interessato e/o i suoi familiari, poiché si rilevano le condizioni funzionali, sociali e abitative, ma anche le aspirazioni e i desideri della persona.
A seguito del sopralluogo viene definita e consegnata alla persona una *consulenza tecnica*, un documento cioè che indica in forma chiara e diretta una serie di opzioni progettuali altamente personalizzate volte a superare o ad attenuare i problemi rilevati nel corso del sopralluogo. La consulenza è redatta dall'architetto, in accordo con gli altri membri dell'equipe, valutando collegialmente l'adeguatezza delle soluzioni proposte rispetto allo specifico profilo sanitario, familiare e sociale della persona.
Successivamente i servizi sociosanitari possono prevedere l'assegnazione di un contributo economico per la realizzazione degli interventi di adattamento o parte di questi, sulla base di quanto regolamentato dalla delibera della Giunta Regionale n. 1446/2018. A tal fine il protocollo valutativo traduce i dati qualitativi prodotti durante il sopralluogo in una serie di indicatori quantitativi.

ADA – "Adattamento Domestico per l'Autonomia personale"

MODELLO DI VALUTAZIONE

[ADA ASSESSMENT MODEL_ADAM]

SCHEDE DI RILIEVO (R) (DA COMPILARE SEMPRE)	
R1.	**Dati generali del sopralluogo** *(compilazione in parte a cura dell'architetto – prima del sopralluogo – e in parte a cura del personale socio-sanitario – durante il sopralluogo -)*
R2.	**Dati generali sulla persona con disabilità** *(compilazione a cura del personale socio-sanitario durante il sopralluogo)*
R3.	**Analisi del livello di autonomia** *(compilazione a cura del personale socio-sanitario durante il sopralluogo)*
R4.	**Analisi dell'ambiente sociale** *(compilazione a cura del personale socio-sanitario durante il sopralluogo)*
R5.	**Altre osservazioni sul profilo sociale e sanitario della persona con disabilità** *(compilazione a cura del personale socio-sanitario durante il sopralluogo)*
R6.	**Analisi dell'ambiente fisico** *(compilazione a cura dell'architetto durante il sopralluogo)*
	R6.1. Dati generali sull'abitazione
	R6.2. Altre osservazioni sull'ambiente fisico
	R6.3. Check-list delle attività domestiche
	R6.4. Rilievo dei problemi di accessibilità

SCHEDE DI VALUTAZIONE (V) (DA COMPILARE SOLO IN CASO DI RICHIESTA DI CONTRIBUTO ECONOMICO)	
V1.	**Valutazione della Limitazione dell'autonomia funzionale** *(compilazione a cura del personale socio-sanitario dopo il sopralluogo)*
V2.	**Valutazione della Carenza assistenziale e relazionale** *(compilazione a cura del personale socio-sanitario dopo il sopralluogo)*
V3.	**Valutazione dei problemi di accessibilità** *(compilazione in parte a cura del personale socio-sanitario – durante il sopralluogo – che individua le* attività non compatibili*; in parte a cura dell'architetto – dopo il sopralluogo – che effettua la valutazione dei problemi di accessibilità)*
V4.	**Limitazione dell'autonomia domestica** *(valutazione collegiale)*

NOTA PER IL GRUPPO DI LAVORO

Nelle pagine che seguono le schede sono contrassegnate, in alto, dalla seguente simbologia:

1) In alto a destra, numeri progressivi (da R1 a R6 e da V1 a V4);
2) In alto a sinistra, sigle (A, S, S/A) che indicano:
   - A = compilazione a cura dell'architetto;
   - S = compilazione a cura del personale socio-sanitario (es.: assistente sociale, medico, fisioterapista, ecc.);
   - S/A = compilazione a cura del personale socio-sanitario e dell'architetto.

Nel campo "ID" deve essere trascritto il codice alfanumerico che identifica la persona con disabilità.

Le schede a cura del personale socio-sanitario sono compilate per le sole informazioni non presenti in altri strumenti.

S/A	SCHEDE DI RILIEVO	R
ID		

S/A	DATI GENERALI DEL SOPRALLUOGO	R1

COGNOME:	NOME:

UBICAZIONE ALLOGGIO

Comune:	Provincia:	
Via/Piazza:	n.:	Interno:

SOPRALLUOGO

Data:	Ora:

GRUPPO DI LAVORO

Nome e Cognome	Ruolo	Firma
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		

PERSONE PRESENTI DURANTE IL SOPRALLUOGO

Persona con disabilità ☐ NO ☐ SÌ

Altri:

1)

2)

3)

4)

5)

ISEE: presentato ☐ NO ☐ SÌ: _____€	**RICHIESTA CONTRIBUTO**: ☐ NO ☐ SÌ

S	**DATI GENERALI SULLA PERSONA CON DISABILITÀ**	**R2**

Luogo di nascita: | **Data di nascita**:

Diagnosi, tipo di disabilità e altre informazioni utili alla proposta di soluzioni per l'adattamento dell'abitazione: .....

.....

.....

Uso di ausili,[1] ortesi,[2] protesi,[3] dispositivi medicali[4]:

☐ NO ☐ SÌ, specificare: .....

.....

.....

Quadro evolutivo della patologia e della limitazione funzionale:

☐ STABILE ☐ IN EVOLUZIONE, specificare: .....

.....

.....

Titolo di studio: ☐ Nessuno ☐ Licenza elementare ☐ Licenza media ☐ Diploma ☐ Laurea/post laurea

Attuale condizione di studio/lavoro

Studio	☐ Sì, specificare:.....--> ☐ NO	Svolge attività di studio in/da casa?	☐ Sì ☐ No
Lavoro	☐ Sì, specificare:.....--> ☐ NO --> ☐ Ritirato dal lavoro ☐ disoccupato ☐ Non ha mai lavorato Ultima professione:.....	Svolge attività lavorativa in/da casa?	☐ Sì ☐ No

Inserimento socio-terapeutico:[5] ☐ NO ☐ SÌ, specificare: .....

.....

.....

Progetto socio-abilitativo:[6] ☐ NO ☐ SÌ, specificare: .....

.....

.....

Altri servizi attivi:[7] ☐ NO ☐ SÌ, specificare: .....

.....

.....

1 Es.: sedia a ruote, stampelle, ecc.
2 Es.: collare, busto, ecc.
3 Es.: arto artificiale, ecc.
4 Es.: pacemaker, sistema PEG/PEJ, sistema di ventilazione meccanica, ecc.
5 Es.: inserimento in percorso di accompagnamento al lavoro.
6 Es.: frequenza di centro diurno, progetti laboratoriali, ecc.
7 Es.: assistenza domiciliare, vita indipendente, ecc.

S	**ANALISI DEL LIVELLO DI AUTONOMIA[8]**	**R3**

Per la valutazione fare riferimento alla *situazione funzionale* della persona con disabilità, considerata in un *ambiente standard*. Non considerare gli eventuali problemi di accessibilità presenti nell'abitazione, da identificare mediante la scheda R6, sezione R6.3.

ALIMENTAZIONE		
Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono posti su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Capace di usare ausili, di tagliare i cibi, di usare sale e pepe, di spalmare il burro, ecc.	☐	10
Indipendente nell'alimentarsi con i cibi posti su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.	☐	8
Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.	☐	5
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaio, con assistenza attiva durante il pasto.	☐	2
Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc.).	☐	0
LAVARSI COMPLETAMENTE (doccia o vasca)		
Capace di fare il bagno in vasca, la doccia o una spugnatura completa del corpo. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.	☐	5
Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, regolazione temperatura dell'acqua, ecc.).	☐	4
Necessita di aiuto/assistenza per il trasferimento verso la doccia/vasca oppure nel lavarsi e/o asciugarsi.	☐	2
Necessita di aiuto/assistenza per tutte le operazioni.	☐	1
Totale dipendenza nel lavarsi.	☐	0
IGIENE PERSONALE E CURA DELLA PERSONA		
Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli.	☐	5

8 Vedi Shah, S., Vaclay, F., Cooper, B., "Improving sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation", *Journal of Clinical Epidemiology*, 1989 (8):703-709. Rispetto alla versione tradotta in italiano adottata nella Regione Toscana per la valutazione dei soggetti anziani, sono state introdotte alcune piccole modifiche lessicali al fine di rendere più comprensibile la traduzione dall'inglese.

In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le attività.	☐	4
Necessita di aiuto per una o più attività.	☐	2
Necessita di aiuto per tutte le attività.	☐	1
Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	☐	0
VESTIRSI		
Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, indossare oppure togliere un corsetto o applicare una protesi.	☐	10
Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come uso di bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.	☐	8
Necessita di aiuto per indossare o togliere qualsiasi indumento.	☐	5
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	☐	2
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collaborativo.	☐	0
CONTINENZA INTESTINALE		
Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma, se necessario	☐	10
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma; occasionali perdite.	☐	8
Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza; perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di presidi sanitari come, ad es., pannoloni.	☐	5
Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.	☐	2
Incontinente.	☐	0
CONTINENZA URINARIA		
Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni.	☐	10
Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessità di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.	☐	8

In genere asciutto durante il giorno ma non di notte; necessario aiuto parziale nell'uso dei presidi sanitari.	☐	5
Incontinente ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	☐	2
Incontinente o catetere a dimora (*sottolineare la voce che interessa*). Dipendente per l'applicazione di presidi sanitari interni o esterni.	☐	0
TRASFERIMENTO E USO DEL WATER		
Capace di trasferirsi sul e dal water, allacciare e slacciare i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, capace di usare la comoda o la padella o il pappagallo, essendo in grado di svuotarli e pulirli.	☐	10
Per sicurezza, necessita di supervisione per l'uso del water. Usa la comoda autonomamente tranne che per svuotarla e pulirla.	☐	8
Necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per i trasferimenti sul e dal water e per lavarsi le mani.	☐	5
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	☐	2
Completamente dipendente.	☐	0
TRASFERIMENTO LETTO – SEDIA o CARROZZINA (compilare anche in caso di persona allettata)		
È indipendente durante tutte le fasi del trasferimento. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.	☐	15
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.	☐	12
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	☐	7
Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutte le fasi del trasferimento.	☐	3
Non collabora al trasferimento. Necessita di due persone per il trasferimento con o senza un sollevatore meccanico.	☐	0

DEAMBULAZIONE	**USO DELLA CARROZZINA**		
	(utilizzare questa scala solo se la persona ha punteggio **zero** nella scala "Deambulazione")		
Capace di portare una protesi, se necessario; capace di bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano. In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m senza aiuto o supervisione.		☐	15
Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia < 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.		☐	12
Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la loro manipolazione.		☐	8
	Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi a tavolo, letto, wc, ecc.). Capace di effettuare spostamenti di almeno 50 m.	☐	5
	Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.	☐	4
Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.	Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.	☐	3
	Capace di spostarsi per brevi tratti su superfici piane, ma è necessaria assistenza per tutte le altre manovre.	☐	1
Non in grado di deambulare autonomamente.	Dipendente negli spostamenti con la carrozzina.	☐	0
SCALE			
In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. In grado di usare corrimano, bastone o stampelle, se necessario, e di portarli con sé durante la salita o la discesa.		☐	10
In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.)		☐	8

Capace di salire/scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili. Necessita di supervisione e assistenza.	☐	5
Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).	☐	2
Incapace di salire e scendere le scale.	☐	0

TOTALE INDICE BARTHEL MODIFICATO	_____ /100

S	**ANALISI DELL'AMBIENTE SOCIALE**	**R4**

RETE ASSISTENZIALE E RELAZIONALE

La rete assistenziale e relazionale comprende coloro che interagiscono con la persona con disabilità fornendo *assistenza*, *cura* o *compagnia.* Può trattarsi di persone interne o esterne al nucleo di convivenza.

NUCLEO DI CONVIVENZA DELLA PERSONA CON DISABILITÀ

Elencare le persone che *vivono abitualmente* nella stessa unità abitativa della persona con disabilità.

Parentela/Rapporto[9]	**Età**	**Professione**	**Caregiver principali**[10]	**Si occupa di**[11]		
				ADL	iADL	Supervis.
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐

PERSONE ESTERNE AL NUCLEO DI CONVIVENZA

Indicare i soggetti che *non vivono* con la persona con disabilità (familiari, vicini di casa, amici, volontari, amministratore di sostegno, ecc.).

Descrizione	**Caregiver principali**[12]	**Si occupa di**				**Frequenza**			
		ADL	iADL	Supervisione	Socializzazione	mo1 o più volte	ana1 o più volte	seDa 1 a 3 volte	Meno di 1 volta
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9 Parentela/rapporto: marito, moglie, partner, padre, madre, fratello, sorella, nonno/a, nipote, genero/nuora, altro familiare, assistente familiare/badante, altro (specificare).

10 Indicare il/i soggetto/i che, nel nucleo di convivenza, eventualmente, ha/hanno un ruolo primario nell'assistenza e nella cura della persona con disabilità.

11 Indicare se la persona indicata si occupa di Attività di Base (ADL) (soddisfazione dei bisogni fisiologici, igiene personale, vestire, mangiare, bere, trasferimenti, ecc.) e/o di Attività strumentali (iADL) (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, fare il bucato, ecc.) e/o di Supervisione (diurna e/o notturna).

12 Indicare il/i soggetto/i esterno al nucleo di convivenza che, eventualmente, ha/hanno un ruolo primario nell'assistenza e nella cura della persona con disabilità.

PRINCIPALI ATTIVITÀ SOCIALI SVOLTE FUORI CASA

Indicare le principali attività svolte fuori casa che contribuiscono al soddisfacimento dei *bisogni relazionali* della persona con disabilità, specificando il tipo di attività e la frequenza.

Descrizione	**Frequenza**			
	al giorno 1 o più volte	a settimana 1 o più volte	al mese da 1 a 3 volte	al mese meno di 1 volta
Volontariato (specificare):.....	☐	☐	☐	☐
Sport (specificare):.....	☐	☐	☐	☐
Altro (specificare):.....	☐	☐	☐	☐
Altro (specificare):.....	☐	☐	☐	☐
Altro (specificare):.....	☐	☐	☐	☐

ACCESSO A SERVIZI E RETI SOCIALI

Indicare se e con quale frequenza negli ultimi *12 mesi* la persona con disabilità (in autonomia o attraverso il/i caregiver principale/i) è entrata in contatto con i seguenti servizi/reti sociali

Servizi /Reti	**Frequenza** negli ultimi 12 mesi		
	Mai	1 o 2 volte	Più di 2 volte
Servizi sociosanitari pubblici: ASL/SdS/Zona Distretto, ecc.	☐	☐	☐
Associazioni impegnate nella tutela della disabilità	☐	☐	☐
Altre famiglie o persone con disabilità	☐	☐	☐
Altro (specificare):.....	☐	☐	☐

INFORMAZIONI RELATIVE AGLI INTERVENTI REGIONALI PER L'ADATTAMENTO DOMESTICO

Indicare i canali attraverso cui la persona con disabilità (in autonomia o attraverso il/i caregiver principale/i) è venuta a conoscenza dell'intervento per l'adattamento domestico (ADA).
È possibile selezionare più opzioni

☐	Servizi socio-sanitari	☐	Familiari
☐	Materiale informativo (volantini, manifesti, ecc.)	☐	Amici
☐	Social media (Facebook, Instagram, ecc.)	☐	Altre persone con disabilità
☐	Portale Toscana Accessibile	☐	Associazioni
☐	Televisione (Telegiornali, altri programmi)	☐	Sportelli sulla disabilità
☐	Radio	☐	Altro: .....

S	**ALTRE OSSERVAZIONI SUL PROFILO SOCIALE E SANITARIO DELLA PERSONA CON DISABILITÀ**	**R5**

Spazio per annotazioni che possono ulteriormente arricchire la descrizione del profilo socio-sanitario della persona con disabilità e del suo ambiente sociale, in funzione della stesura della consulenza tecnica. Ad esempio, segnalare se sono previste modifiche alla rete assistenziale e relazionale della persona con disabilità o interventi per fronteggiare l'evoluzione delle condizioni di salute.

OSSERVAZIONI DI CARATTERE SOCIALE

OSSERVAZIONI DI CARATTERE SANITARIO

A	ANALISI DELL'AMBIENTE FISICO	R6
	ID	COGNOME / NOME

A	DATI GENERALI SULL'ABITAZIONE	R6.1

TITOLO DI GODIMENTO

☐ **PROPRIETÀ**	☐ **AFFITTO**	☐ **COMODATO**
☐ Piena	☐ Edilizia privata	☐ **ALTRO** (specificare): .....
☐ Non piena	☐ Edilizia pubblica	.....

TIPOLOGIA ABITATIVA

ABITAZIONE UNIFAMILIARE

Abitazione singola ☐ (specificare)[13] .....

Abitazione aggregata ☐ (specificare)[14] .....

ABITAZIONE PLURIFAMILIARE ☐(specificare)[15] .....

ALTRO ☐ (specificare): .....

EPOCA DI COSTRUZIONE

☐ **prima del 1989**[16] ☐ **dopo il 1989**

NUMERO LIVELLI INTERNI: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ .....

UNITÀ AMBIENTALI[17]

INTERNE	ESTERNE
Indicare i principali ambienti interni dell'abitazione e il loro numero (es.: cucina, 2 camere da letto, soggiorno, ingresso, 2 bagni, cantina, ecc.)	Indicare i principali spazi esterni dell'abitazione e il loro numero (es.: 2 balconi, giardino, resede, ecc.)
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

INGRESSO ALL'ABITAZIONE

13 Es.: villa, villino, casa colonica, ecc.

14 Es.: casa a schiera, casa binata, casa sovrapposta, ecc.

15 Es.: casa in linea, casa a torre, ecc.

16 Anno di emanazione del DMLLPP 236 (Decreto di attuazione della L. 13/1989).

17 Secondo la Norma UNI 10838:1999 «l'unità ambientale si identifica con un raggruppamento di attività compatibili spazialmente e temporalmente, definite in relazione a determinati modelli di comportamento dell'utenza.»

Avviene al piano:

□ Seminterrato □ Terra □ Terra rialzato □ Piani superiori (specificare): .....

Raggiungibile con:

□ Percorsi in piano □ Rampe □ Scale □ Altro, specificare .....

□ Servoscala □ Piattaforma elevatrice □ Ascensore .....

Note: .....

SISTEMI DI SOLLEVAMENTO MECCANICO INTERNI ALL'ABITAZIONE

□ Sollevatore Descrizione[18]: .....

.....

□ Servoscala Descrizione: .....

.....

□ Piattaforma elevatrice Descrizione: .....

.....

□ Ascensore Descrizione: .....

.....

□ Altro Descrizione: .....

.....

INTERVENTI DI ADATTAMENTO GIÀ REALIZZATI

L'abitazione è già stata oggetto di interventi finalizzati a migliorarne il grado di accessibilità?

□ NO □ SÌ, specificare i tipi di interventi realizzati e l'epoca di realizzazione: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PRODOTTI E SISTEMI PER L'AUTOMAZIONE DELL'AMBIENTE[19]

□ NO □ SÌ, specificare quali: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

18 Es: sistema di movimentazione (manuale/motorizzato); tipologia di fissaggio all'edificio (fisso/mobile); ecc.

19 Es.: sistemi di movimentazione meccanica di finestre, porte, avvolgibili, persiane, ecc.

PRESENZA DI CONNESSIONE INTERNET

 NO SÌ, specificare:

 Con cavo di rete

 WIFI

 Altro .....

DISPOSITIVI INFORMATICI E PER LA COMUNICAZIONE

Indicare i dispositivi presenti nell'abitazione e se sono usati dalla persona con disabilità e/o, eventualmente, dal caregiver principale

Dispositivo	Presenza	Uso	
		Persona con disabilità	Caregiver
Telefono rete fissa (con filo)	☐	☐	☐
Telefono rete fissa (senza filo/cordless)	☐	☐	☐
Telefono cellulare	☐	☐	☐
Smartphone	☐	☐	☐
Tablet	☐	☐	☐
Computer fisso	☐	☐	☐
Computer portatile	☐	☐	☐
TV	☐	☐	☐
TV con connessione Internet (Smart TV)	☐	☐	☐
Altro (specificare):	☐	☐	☐
Altro (specificare):	☐	☐	☐

PERSONA CON DISABILITÀ IN CONDIZIONE DI VULNERABILITÀ IN CASO DI EMERGENZA (ES: ALLUVIONI, INCENDI, TERREMOTI)

 NO SÌ Se sì, specificare perché[20]: .....

.....

.....

.....

.....

20 Relazionare sempre la persona con disabilità al contesto ambientale. Ad esempio: persona con difficoltà motorie che abita ad un piano diverso dal piano terra in un edificio ubicato in una zona a rischio sismico; persona confinata a letto che abita al piano terra di un edificio ubicato in una zona a rischio inondazione; persona disabile che vive in un edificio sito in una strada non accessibile ai mezzi di soccorso, ecc. Occorre evidenziare anche eventuali deficit in termini di cure ed assistenza in caso di calamità. In generale queste informazioni non riguardano direttamente l'adattamento domestico, ma piuttosto specifici programmi/servizi di emergenza forniti dalla Regione Toscana e dalla Protezione Civile per il soccorso delle persone con disabilità in caso di calamità.

A	**ALTRE OSSERVAZIONI SULL'AMBIENTE FISICO**	**R6.2**

Spazio per annotazioni che possono ulteriormente arricchire il rilievo dell'abitazione della persona con disabilità, in funzione della stesura della Consulenza tecnica.

A	**CHECK-LIST DELLE ATTIVITÀ DOMESTICHE**	**R6.3**

NOTA PER IL RILEVATORE

In una intervista finalizzata ad identificare i problemi di accessibilità presenti in casa, può essere utile usare un approccio informale ponendo domande del tipo: (1) "Quali ostacoli le impediscono di fare ciò che vorrebbe?"; (2) "Cosa vorrebbe fare, se la casa glielo consentisse?"; (3) "Quali sono le cose più importanti che fa a casa in una giornata tipo?". In alternativa, tali domande possono essere sintetizzate da un unico quesito: "Se avesse una bacchetta magica, cosa cambierebbe della sua casa?".

Per *attività* si intendono le azioni compiute in autonomia e/o con l'assistenza/supporto di altre persone.

Identificare solo i problemi di accessibilità riguardanti le *attività compatibili*[21] e le *attività rilevanti*[22].

Le sette classi di *attività di base*[23] sono contrassegnate con un asterisco (*).

Classi di attività	**Attività ~~elementari~~ che presentano criticità**
1. Raggiungere l'abitazione/uscire dall'abitazione*	☐ A. Raggiungere l'ingresso dell'abitazione ☐ B. Entrare/uscire dall'abitazione ☐ C. Altro:……
2. Spostarsi all'interno dell'abitazione*	☐ A. Spostarsi tra diversi livelli dell'abitazione ☐ B. Spostarsi tra diverse unità ambientali (poste allo stesso livello) ☐ C. Altro:……
3. Accedere e fruire degli spazi esterni dell'abitazione[24]	☐ A. Raggiungere gli spazi esterni dell'abitazione ☐ B. Muoversi negli spazi esterni dell'abitazione ☐ C. Altro:……
4. Nutrirsi*	☐ A. Accostarsi al tavolo/ad altra attrezzatura per la consumazione dei pasti ☐ B. Altro:……
5. Preparare i pasti	☐ A. Usare il lavello ☐ B. Usare il piano di cottura ☐ C. Usare il forno ☐ D. Usare il frigorifero ☐ E. Usare la lavastoviglie ☐ F. Usare i piani di lavoro ☐ G. Usare i mobili contenitori della cucina ☐ H. Usare altre attrezzature per la preparazione dei pasti ☐ I. Altro:……
6. Espletare i bisogni fisiologici*	☐ A. Trasferirsi sulla tazza WC ☐ B. Utilizzare la tazza WC ☐ C. Altro:……
7. Provvedere all'igiene personale*	☐ A. Usare il lavabo ☐ B. Trasferirsi sul bidet/nella vasca/nella doccia ☐ C. Usare il bidet[25] ☐ D. Usare la vasca ☐ E. Usare la doccia ☐ F. Altro:……
8. Dormire/riposare*	☐ A. Trasferirsi sul letto o su altra attrezzatura per il riposo ☐ B. Dormire/riposare ☐ C. Altro:……

21 Le *attività compatibili* sono quelle che la persona con disabilità può svolgere data la sua condizione sanitaria, età o condizione psico-evolutiva.

22 Le *attività rilevanti* sono quelle che la persona con disabilità ha interesse a svolgere e quelle comunque rilevanti per la sua incolumità.

23 Le *attività di base* sono quelle che tutte le persone svolgono, indipendentemente da altri fattori. Sono attività legate a bisogni fisiologici o di protezione o attività necessarie ad uscire dall'abitazione, anche in situazioni di emergenza. Queste attività possono essere svolte in autonomia oppure con l'assistenza di altre persone.

24 Es.: balconi, terrazze, spazi porticati, giardini, resedi, ecc., ad uso esclusivo o comune con altre proprietà.

25 Oppure usare doccetta per il WC, tazza WC o seggetta con funzione bidet integrata.

Classi di attività	Attività ~~elementari~~ che presentano criticità
9. Vestirsi*	☐ A. Prendere e riporre indumenti dagli appositi contenitori[26] ☐ B. Altro:.....

Classi di attività	Attività elementari che presentano criticità
10. Controllare le caratteristiche ambientali	☐ A. Aprire/chiudere le finestre ☐ B. Aprire dall'interno cancelli/porte di ingresso all'abitazione ☐ C. Comunicare con i visitatori che si trovano all'esterno ☐ D. Aprire/chiudere sistemi di oscuramento interni[27] ed esterni[28] ☐ E. Controllare e gestire l'illuminazione artificiale ☐ F. Controllare e gestire sistemi di riscaldamento/raffrescamento/ventilazione artificiale ☐ G. Altro:.....
11. Controllare la sicurezza personale	☐ A. Controllare e gestire sistemi di sicurezza attiva[29] ☐ B. Usufruire di sistemi di sicurezza passiva[30] ☐ C. Altro:.....
12. Comunicare a distanza	☐ A. Comunicare all'interno dell'abitazione[31] ☐ B. Comunicare tra l'interno e l'esterno dell'abitazione[32] ☐ C. Altro:.....
13. Lavorare e studiare	☐ A. Usare una seduta adeguata all'utilizzo della postazione di lavoro/studio ☐ B. Accostarsi al tavolo/altra postazione ☐ C. Usare strumenti e attrezzature[33] necessarie allo svolgimento dell'attività ☐ D. Altro:.....
14. Svolgere attività ricreative	☐ A. Usare strumenti e attrezzature necessarie allo svago[34] ☐ B. Giocare ☐ C. Prendersi cura di animali domestici[35] ☐ D. Curare il verde domestico[36] ☐ E. Svolgere attività creative[37]/praticare il fai da te[38] ☐ F. Altro:.....
15. Svolgere lavori domestici	☐ A. Lavare i panni a mano ☐ B. Usare la lavatrice ☐ C. Stendere i panni ☐ C. Usare l'asciugatrice ☐ D. Stirare ☐ E. Pulire l'alloggio[39] ☐ F. Altro:.....
16. Svolgere attività riabilitative	☐ A. Attività motoria riabilitativa ☐ B. Pet therapy C. Altro:.....
	☐ Specificare:.....

26 Es: cabine armadio, armadi, cassettiere, ecc.
27 Es: tende, scurini, ecc.
28 Es: avvolgibili, persiane, ecc.
29 Es.: sistemi per effettuare segnalazioni e comunicazioni veloci verso l'esterno in caso di emergenza.
30 Es.: dispositivi per il controllo e la segnalazione automatica delle anomalie (allagamenti, fughe di gas, incendi), sistemi antintrusione, sistemi di ascolto e visione ambientale per il monitoraggio della persona dall'interno dell'abitazione o dall'esterno, sistemi per il controllo a distanza degli accessi e per la segnalazione dell'apertura degli infissi, sistemi per la segnalazione automatica di cadute o di malori improvvisi della persona, ecc.
31 Es.: effettuare una comunicazione audio mediante interfono.
32 Es.: comunicare attraverso messaggi audio, di testo, video, immagini, utilizzando telefono/ SMS/chat/email o altri sistemi utili allo scopo.
33 Es.: dispositivi informatici quali computer, tablet, smartphone, stampante, ecc.
34 Es.: apparecchi elettronici quali TV, dispositivi di riproduzione musicale, ecc.
35 Es.: nutrire gli animali domestici e provvedere alla loro igiene e cura.
36 Es.: piante in vasi, giardino, orto, ecc.
37 Es: dipingere, suonare, ecc
38 Es: cucito, falegnameria, ceramica, ecc.
39 Es: usare l'aspirapolvere o altri strumenti per la pulizia dell'abitazione.

Classi di attività	Attività ~~elementari~~ che presentano criticità
17. Altro	☐ Specificare:……
	☐ Specificare:……

A	**RILIEVO PROBLEMI DI ACCESSIBILITÀ**	**R6.4**
ID	COGNOME	NOME

CLASSE ATTIVITÀ ……
ATTIVITÀ ……..

Foglio n. di

- ☐ Attività **non svolta** a causa di problemi di accessibilità
- ☐ Attività **svolta con difficoltà**[40] a causa di problemi di accessibilità.

  Specificare:
  - ☐ attività svolta **in autonomia** dalla persona disabile
  - ☐ attività svolta **con l'assistenza** di altre persone. Quante persone? ……

Barrare una o entrambe le opzioni

- ☐ Problema di accessibilità segnalato dalla persona disabile e/o dal/dai caregiver
- ☐ Problema di accessibilità individuato dai rilevatori

NOTA PER IL RILEVATORE:
Descrivere accuratamente *cause* e *situazioni* che *ostacolano lo svolgimento dell'attività*, anche tramite annotazioni grafiche e misurazioni, quando necessario (rilievo geometrico, tecnologico e impiantistico).

40 Es.: l'attività può essere svolta solo parzialmente oppure non sono garantite le necessarie condizioni di sicurezza.

A/S	SCHEDE DI VALUTAZIONE			V
	ID	COGNOME	NOME	

COMPILARE SOLO IN CASO DI RICHIESTA DI CONTRIBUTO ECONOMICO

S	VALUTAZIONE DELLA LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA FUNZIONALE	V1

Indicare il grado di Limitazione dell'Autonomia Funzionale sulla base del punteggio riportato nella Scheda R3 (*Analisi del Livello di Autonomia*) secondo questa tabella di conversione.

Livello di Autonomia (Indice di Barthel Modificato)		**LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA FUNZIONALE**		
100/100	autosufficiente	**NULLA**	☐	**0**
91-99/100	quasi autosufficiente	**LIEVE**	☐	**5**
75-90/100	dipendenza lieve			
50-74/100	dipendenza moderata	**MODERATA**	☐	**10**
25-49/100	dipendenza grave	**GRAVE**	☐	**15**
0-24/100	dipendenza completa	**COMPLETA**	☐	**20**

S	**VALUTAZIONE DELLA CARENZA ASSISTENZIALE E RELAZIONALE**	**V2**

COMPILARE SOLO IN CASO DI RICHIESTA DI CONTRIBUTO ECONOMICO

Valutare la carenza nella copertura di ognuno dei tre bisogni assistenziali e relazionali indicati, sulla base delle informazioni raccolte nella Scheda R2 (*Dati generali sulla persona con disabilità*), nella Scheda R4 (*Analisi dell'ambiente sociale*) e nella Scheda R5 (*Altre osservazioni*).

Bisogni assistenziali e relazionali	**Carenza nella copertura dei bisogni assistenziali e relazionali**		
	Bisogno completamente o perlopiù **soddisfatto**	Bisogno **parzialmente soddisfatto**	Bisogno completamente o perlopiù **insoddisfatto**
Cura della persona e supervisione[41]	☐ 0	☐ 4	☐ 8
Cura dell'ambiente di vita[42]	☐ 0	☐ 2	☐ 4
Relazioni sociali[43]	☐ 0	☐ 2	☐ 4

Totale _____ /16

GRADO DI CARENZA ASSISTENZIALE E RELAZIONALE

Convertire il punteggio totale di CARENZA NELLA COPERTURA DEI BISOGNI ASSISTENZIALI E RELAZIONALI nel punteggio di CARENZA ASSISTENZIALE E RELAZIONALE, secondo questa tabella di conversione.

Totale dei punteggi di carenza nella copertura dei bisogni assistenziali e relazionali	**CARENZA ASSISTENZIALE E RELAZIONALE**		
0/16	**NULLA**	☐	**0**
2-4/16	**LIEVE**	☐	**2**
6-8/16	**MODERATA**	☐	**5**
10-12/16	**GRAVE**	☐	**8**
14-16/16	**COMPLETA**	☐	**10**

41 Si intende il bisogno di assistenza della persona con disabilità nello svolgimento delle *attività ~~di base~~* della vita quotidiana, compreso quello di sorveglianza diurna e/o notturna.

42 Si intendono i bisogni non strettamente legati alla cura diretta della persona con disabilità, quali igiene degli ambienti, pulizia degli indumenti, ecc.

43 Sia nell'abitazione che all'esterno.

S/A	**VALUTAZIONE DEI PROBLEMI DI ACCESSIBILITÀ**	**V3**

COMPILARE SOLO IN CASO DI RICHIESTA DI CONTRIBUTO ECONOMICO

In questa tabella si valuta il livello di difficoltà, *dovuto esclusivamente all'ambiente fisico,* con cui la persona con disabilità (con o senza il/i caregiver) svolge le attività domestiche.

Classi di attività	**Attività non compatibili[44]**	**Problemi di accessibilità**			
		Livello di difficoltà			**PAC[45]**
		Nullo o basso	***Medio***	***Alto***	
1. Raggiungere l'abitazione/uscire dall'abitazione*		☐0	☐1	☐2	
2. Spostarsi all'interno dell'abitazione*		☐0	☐1	☐2	
3. Accedere e fruire degli spazi esterni dell'abitazione[46]	☐	☐0	☐1	☐2	☐1
4. Nutrirsi*		☐0	☐1	☐2	
5. Preparare i pasti	☐	☐0	☐1	☐2	☐1
6. Espletare i bisogni fisiologici*		☐0	☐1	☐2	
7. Provvedere all'igiene personale*		☐0	☐1	☐2	
8. Dormire/riposare*		☐0	☐1	☐2	
9. Vestirsi*		☐0	☐1	☐2	
10. Controllare le caratteristiche ambientali	☐	☐0	☐1	☐2	☐1
11. Controllare la sicurezza personale	☐	☐0	☐1	☐2	☐1
12. Comunicare a distanza	☐	☐0	☐1	☐2	☐1
13. Lavorare, studiare	☐	☐0	☐1	☐2	☐1
14. Svolgere attività ricreative	☐	☐0	☐1	☐2	☐1
15. Svolgere lavori domestici	☐	☐0	☐1	☐2	☐1
16. Svolgere attività riabilitative	☐	☐0	☐1	☐2	☐1
17. Altro: ……		☐0	☐1	☐2	☐1
18. Altro: ……		☐0	☐1	☐2	☐1
19. Altro: ……		☐0	☐1	☐2	☐1

44 **Le attività NON compatibili NON devono essere valutate**.

45 Il PAC (Punteggio Aggiuntivo di Criticità) può essere assegnato quando un'alta criticità si riferisce a un'attività (diversa da quelle di base) particolarmente significativa per la persona con disabilità (e/o per il/i caregiver principale/i) analizzata.

46 Es.: balconi, terrazze, spazi porticati, giardini, resedi, ecc., ad uso o esclusivo o ad uso comune con altre proprietà.

Calcolo dell'INDICE DEI PROBLEMI DI ACCESSIBILITÀ

Nel calcolo dell'*Indice dei problemi di accessibilità*, i punteggi di criticità relativi alle sette *attività di base* (su fondo grigio e contrassegnate con un asterisco nella pagina precedente) sono ponderati con un fattore di 1,5 rispetto ai punteggi relativi alle altre attività valutate.

L'indice varia tra 0 e 1 ed è il rapporto tra

- PUNTEGGIO TOTALE DEI PROBLEMI DI ACCESSIBILITÀ [PPA]: Somma dei punteggi ponderati dei *Problemi di accessibilità* nello svolgimento delle attività domestiche e dei *Punteggi Aggiuntivi di Criticità* (PAC) assegnati.
- PUNTEGGIO MASSIMO OTTENIBILE DEI PROBLEMI DI ACCESSIBILITÀ [PMP]: punteggio massimo ottenibile nel caso limite di massima criticità nello svolgimento di tutte le attività domestiche valutate (non tiene conto delle attività "non compatibili" e dei *Punteggi Aggiuntivi di Criticità*).

NUMERO di attività valutate [N]		.....
Somma dei punteggi dei problemi di accessibilità delle attività di base: PUNTEGGIO DELLE ATTIVITÀ DI BASE [PAB]		.....
Somma dei punteggi dei problemi di accessibilità delle altre attività valutate: PUNTEGGIO ALTRE ATTIVITÀ [PAA]		.....
Somma dei PUNTEGGI AGGIUNTIVI di CRITICITÀ [PAC]		.....
PUNTEGGIO TOTALE DEI PROBLEMI DI ACCESSIBILITÀ [PPA]	([PAB]*1,5)+[PAA]+[PAC]	.....
PUNTEGGIO MASSIMO OTTENIBILE DEI PROBLEMI DI ACCESSIBILITA [PMP]	([N]*2)+7	.....
INDICE DEI PROBLEMI DI ACCESSIBILITÀ nello svolgimento delle attività domestiche (min 0 - max 1)	**[PPA]/[PMP]**	.....

PROBLEMI DI ACCESSIBILITÀ

Convertire l'Indice dei problemi di accessibilità nel punteggio dei PROBLEMI DI ACCESSIBILITÀ, secondo questa tabella di conversione.

Indice dei problemi di accessibilità	PROBLEMI DI ACCESSIBILITÀ		
0,00 -0,20	**LIEVI**	☐	**10**
0,21-0,30	**MODERATI**	☐	**25**
0,31/0,40	**SIGNIFICATIVI**	☐	**40**
0,41/0,50	**GRAVI**	☐	**55**
> 0,50	**MOLTO GRAVI**	☐	**70**

S/A	**LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA DOMESTICA**	**V4**

COMPILARE SOLO IN CASO DI RICHIESTA DI CONTRIBUTO ECONOMICO

PUNTEGGIO DELLA LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA DOMESTICA

Ogni persona con disabilità può ottenere massimo 100 punti, così distribuiti:

- **Limitazione dell'Autonomia Funzionale**: max 20 punti
- **Carenza Assistenziale e Relazionale:** max 10 punti
- **Problemi di accessibilità**: max 70 punti

	PUNTEGGIO
1. LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA FUNZIONALE (max. 20 punti)	…… /20
2. CARENZA ASSISTENZIALE E RELAZIONALE (max. 10 punti)	…… /10
3. PROBLEMI DI ACCESSIBILITÀ (max. 70 punti)	…… /70
PUNTEGGIO DELLA LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA DOMESTICA (max 100 punti)	…… **/100**

Allegato F

Procedura per la definizione del Profilo di funzionamento della persona con disabilità

L'ICF rappresenta un modello descrittivo dello stato di salute che, adoperando un linguaggio standard, consente lo scambio di informazioni, tra i diversi professionisti e i diversi servizi, riguardanti la salute e il funzionamento dell'a persona nel suo ambiente, intendendo non solamente l'ambiente fisico ma anche il contesto sociale e della rete relazionale che ruota attorno a questa.

Obiettivo del **Profilo di funzionamento** è quello di poter definire un **Progetto di vita** quanto più appropriato e rispondente ai bisogni, alle aspettative e ai desideri della persona: la procedura costruita in tal senso, permette di individuare quali sono le priorità sulle quali intervenire, monitorando nel tempo anche l'efficacia degli interventi intrapresi.

A partire dalla identificazione di **6 Aree di vita** sulle quali intervenire per la definizione del **Progetto di vita**:

- Salute
- Autonomia personale
- Abitare e cura dell'ambiente
- Socialità e affettività
- Educazione e istruzione
- Formazione e lavoro

e senza entrare nella complessa definizione delle Strutture e delle Funzioni corporee incluse nei Capitoli S e B di ICF, sono state individuate le **Dimensioni** da sottoporre a valutazione, selezionandole tra quelle ritenute capaci di incidere in maniera più evidente e diretta sulle aree di vita della persona.

In particolare è stato scelto di limitare la valutazione al Capitolo 1 delle Funzioni corporee (codici B), in particolare alcuni domini delle *Funzioni mentali globali e specifiche* e ad alcuni Capitoli dei Titoli *Attività e Partecipazione* (codici D) e *Fattori ambientali* (codici E) di ICF:

<u>10 dimensioni personali</u>

- Cognitiva
- Apprendimento
- Comunicazione
- Sensoriale
- Motoria
- Affettività, relazioni e interessi
- Comportamentale
- Cura della persona
- Autonomia abitativa
- Capacità sociale

<u>4 dimensioni ambientali</u>

- Rete familiare
- Rete sociale e di supporto
- Caregiver
- Accessibilità dell'ambiente domestico

I fattori ambientali sono fattori esterni alla persona e possono avere una influenza positiva o negativa sulla partecipazione dell'individuo come membro della società, sulla capacità di eseguire azioni o compiti, sul suo funzionamento o sulla struttura del suo corpo.

La fase vera e propria di valutazione è antecedente, propedeutica e indispensabile alla definizione del Profilo di funzionamento della persona con disabilità. Il caso arriva in seduta plenaria della UVMD con tutto il suo corredo valutativo, al fine di definire in sede di equipé il Profilo di funzionamento e il Progetto di vita.

Ciascun professionista coinvolto nella valutazione della persona con disabilità, porta al confronto in UVMD il proprio bagaglio di informazioni valutative, derivate dalla somministrazione di test/scale/strumenti e dalla conoscenza professionale del caso valutato. Il confronto tra i professionisti è un lavoro di tipo **interdisciplinare**: permette di superare la semplice sommatoria delle valutazioni e porta a una rappresentazione della persona che deriva da una condivisione metodologica di analisi e sintesi.

Di seguito i passaggi per la compilazione della procedura, la definizione del Profilo di funzionamento e la determinazione delle **Aree di intervento** sulle quali intervenire prioritariamente attraverso la definizione del Progetto di vita:

1) Indicazione della data di nascita e della data della seduta (il sistema calcola l'età e seleziona in back-office la tabella dei pesi da dare alle dimensioni valutative, adatta alla fascia di età della persona);
2) Scelta del livello di capacità per ciascuna delle dimensioni, sulla base delle informazioni valutative raccolte e del confronto in equipé:

   Dimensioni personali: in termini di **capacità**, ovvero l'abilità della persona di eseguire un'azione o un compito;

   Dimensioni contestuali/ ambientali: in termini di **Strategie compensative** e supporto della rete;

   Per ciascuna dimensione deve essere indicato dalla UVMD un qualificatore: nessuna- minima- sufficiente- buona- completa- nd/na.

   Ciascuno dei 5 qualificatori delle capacità della persona e delle strategie compensative corrispondono ai livelli del sistema ICF ma capovolti in positivo, al fine di evidenziare e definire il funzionamento e non il deficit;
3) La combinazione, il prodotto, tra le capacità della persona e quelle dei fattori contestuali genera la **performance** della persona in ciascuna dimensione, ovvero le abilità di questa mediate dalla influenza, positiva (in termini di **facilitatori**) o negativa (in termini di **barriere**), dei fattori contestuali/ambientali;
4) L'influenza percentuale che ciascuna dimensione esercita sulle Aree di intervento viene pesata, con valori differenziati in base all'età, proporzionatamente alla performance rilevata, e genera un **indice di priorità** rispetto alle possibili Aree di intervento; gli indici di priorità delle aree di intervento "Educazione e Istruzione" e "Formazione e Lavoro" possono tenere conto - se il dato è acquisito e se è ritenuto utile dai professionisti della UVMD – anche del livello di istruzione già raggiunto e/o di eventuali esperienze lavorative sia in corso che pregresse;
5) L'ultimo passaggio è la compilazione delle **Priorità di intervento in base agli interessi e alle aspettative della persona**, sulla base dei risultati della somministrazione del "Questionario delle opportunità e della qualità di vita" e che genera un **indice di priorità corretto** rispetto ai desideri della persona.

Alla persona, per quanto attiene il Profilo di funzionamento, è consegnato il risultato in termini di performance, mentre invece le **priorità di intervento nelle aree di vita**, sia risultanti dalla valutazione professionale della UVMD che dalle aspettative e dai desideri della persona, sono una guida non vincolante ai fini della definizione, assieme alla persona, del Progetto di vita, nonché per la verifica nel tempo dei risultati, anche nei termini di qualità di vita, delle azioni messe in campo.

PROCEDURA DI DEFINIZIONE DEL PROFILO DI FUNZIONAMENTO DELLA PERSONA CON DISABILITÀ

Nome e Cognome	Data nascita	età	Data UVMD
Matteo	01/01/2000	21	15/07/2021

FATTORI CONTESTUALI	
Rete familiare	Minima
Rete sociale e di supporto	Nessuna
Caregiver	Sufficiente
Accessibilità dell'ambiente domestico	Buona

Nel complesso il supporto della rete è:	**Inefficace**

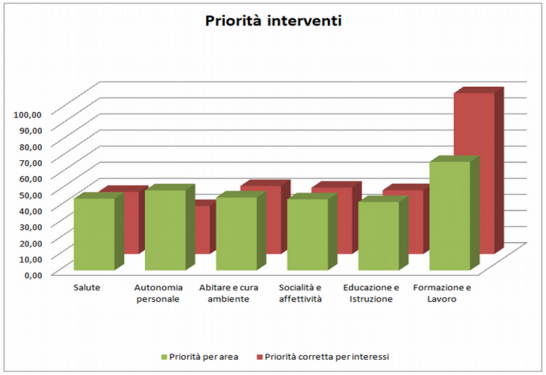
Titolo di studio	Medie
Esperienza Lavorativa	Pregressa

FUNZIONAMENTO E DISABILITA'			
DIMENSIONI	Capacità	Strategie compensative e supporto rete	Performance
Cognitiva	Nessuna	Ostacolanti	1,75%
Apprendimento	Nessuna	Ostacolanti	1,75%
Comunicazione	Buona	Neutre	70,00%
Sensoriale	Sufficiente	Neutre	50,00%
Motoria	Sufficiente	Neutre	50,00%
Affettività, Relazioni e Interessi	Completa	Inefficaci	45,00%
Comportamentale	Completa	Ottime	100,00%
Cura della persona	Minima	Sufficienti	32,50%
Autonomia abitativa	Minima	Sufficienti	32,50%
Capacità sociale	Buona	Neutre	70,00%

Priorità interventi per area	
Salute	44,59
Autonomia personale	49,77
Abitare e cura ambiente	45,34
Socialità e affettività	44,23
Educazione e Istruzione	42,53
Formazione e Lavoro	67,46

Priorità in base a desideri e interessi	
Molto	38,65
Per niente	29,86
Tantissimo	42,32
Tantissimo	41,28
Tantissimo	39,69
Tantissimo	100,00

Inserire il valore dal Questionario "Opportunità e Qualità di Vita" del PdV



LEGENDA delle DIMENSIONI del PROFILO DI FUNZIONAMENTO

DIMENSIONE	CAPITOLO ICF	COMPRENDE
Cognitiva	B1 – D1	- Funzioni intellettive (b117) - Motivazione e controllo degli impulsi (b1301, b1304) - Funzioni dell'attenzione (b1400, b1403) - Funzioni della memoria (b144) - Funzioni cognitive di base (b163) - Capacità di astrazione, organizzazione e pianificazione (b1640, b1641) - Applicare le conoscenze, risolvere problemi e prendere decisioni (d160, d163, d175, d177)
Apprendimento	D1 - D2	- Leggere, scrivere, calcolare (d166, d170, d172) - Intraprendere compiti singoli o articolati (d210, d220) - Eseguire la routine quotidiana (d230)
Comunicazione	D3	- Ricevere e produrre messaggi: scritti, verbali, non verbali (d310, d315, d320, d325, d330, d335, d340, d345) - Conversare, discutere (d350, d355) - Usare strumenti e tecniche di comunicazione (d360)
Sensoriale	D1	- Guardare, ascoltare e altre percezioni (d110, d115, d120, d129)
Motoria	D4	- Cambiare e mantenere la posizione corporea (d410, d415) - Camminare o spostarsi anche con ausili (d420, d455, d465) - Trasferirsi anche guidando o usando mezzi di trasporto (d470, d475) - Sollevare e trasportare oggetti, uso delle mani (d430, d440, d445)
Affettività, relazioni e interessi	B1 D7 - D9	- Funzioni emozionali: appropriatezza e regolazione delle emozioni (b152) - Relazioni formali, sociali, familiari, intime (d740, d750, d760, d770) - Interessi e tempo libero (d910, d920)
Comportamentale	B1 D2 - D5 D7	- Funzioni del temperamento e della personalità: estroversione, introversione, stabilità emotiva e psichica, ecc. (b126) - Gestire la tensione e altre richieste di tipo psicologico (d240) - Controllare il proprio comportamento (d250) - Evitare situazioni pericolose/rischiose per sé e per gli altri (d571) - Interagire con le persone in modo adeguato (d710-d720)
Cura della persona	D5	- Gestire i bisogni corporali (d530) - Lavarsi e vestirsi (d510, d540) - Mangiare e bere (d550, d560) - Prendersi cura della propria salute (d570)
Autonomia abitativa	D6	- Disporre di un'abitazione (d610) - Procurarsi i beni e i servizi necessari a vivere (d620) - Preparare i pasti (d630) - Svolgere pulizie dell'ambiente e altri compiti casalinghi (d640) - Collocazione dell'abitazione e raggiungibilità dei servizi

Capacità sociale	D4 - D8	- Livello di istruzione (d815, d820, d825, d830) - Occupabilità (d840) - Lavoro (d850) - Capacità economica e di gestione del denaro (d860, d865, d870) - Competenze linguistiche - Accesso e fruizione dei Servizi - Spostamenti in autonomia (d489)
Rete familiare	E3	- Nucleo familiare convivente e non convivente (e310, e315)
Rete sociale e di supporto	E3 - E5	- Rete sociale (e320, e325) - Amministratore sostegno (e330) - Assistente personale (e340) - Rete servizi attivi (e570, e575, e580)
Caregiver		- Livello di responsabilità - Carico assistenziale - Tempo di cura - Eventuali bisogni espressi dal caregiver - Livello di stress
Accessibilità dell'ambiente domestico		- Spazi adeguati alle esigenze della persona - Barriere architettoniche e fruibilità di spazi e servizi della casa - Condizioni generali strutturali e igieniche

Allegato G

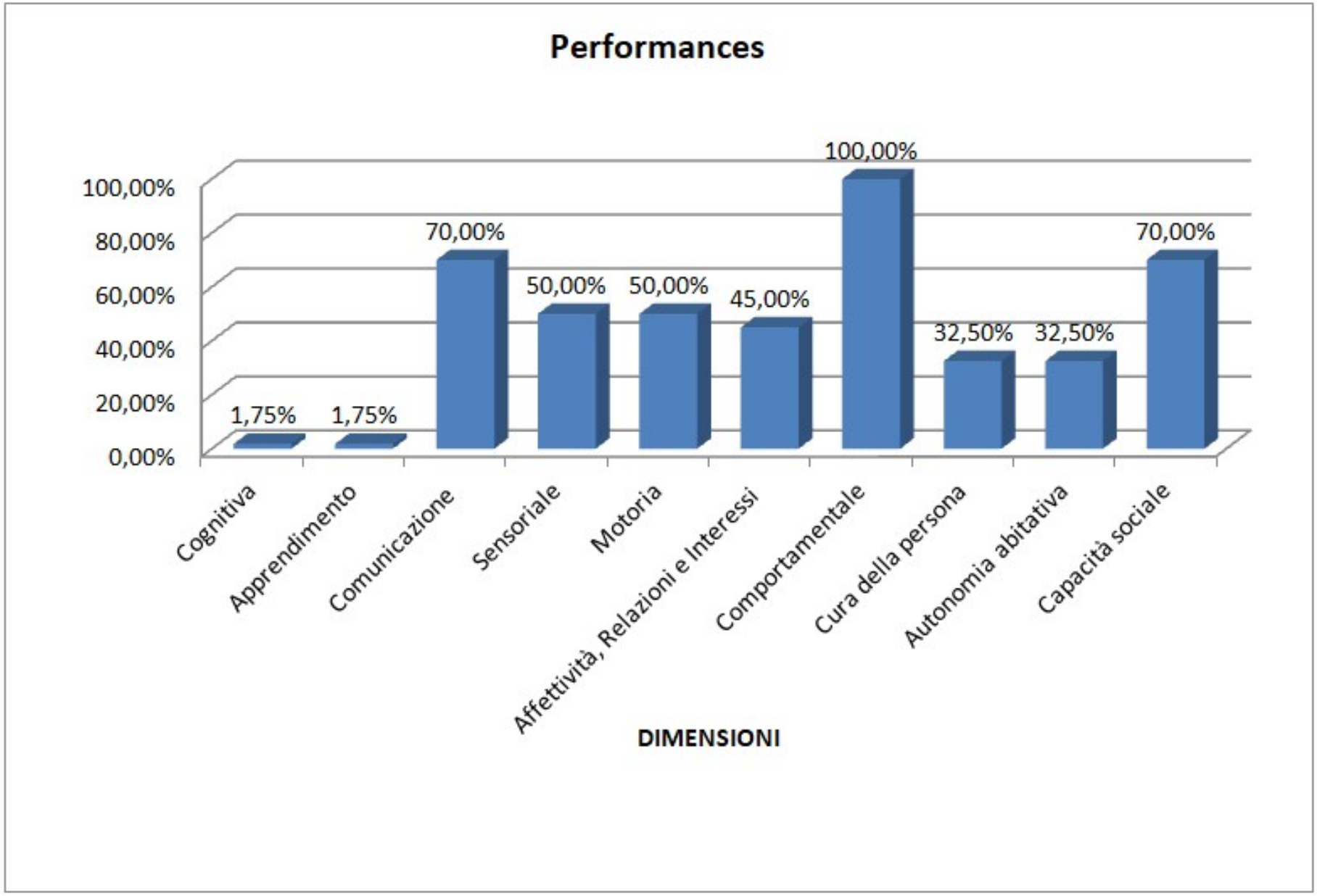
PROGETTO DI VITA
(DGR 1449/2017)

Servizi Pubblici e Privati attivi al momento della compilazione (Adulti-Minori)

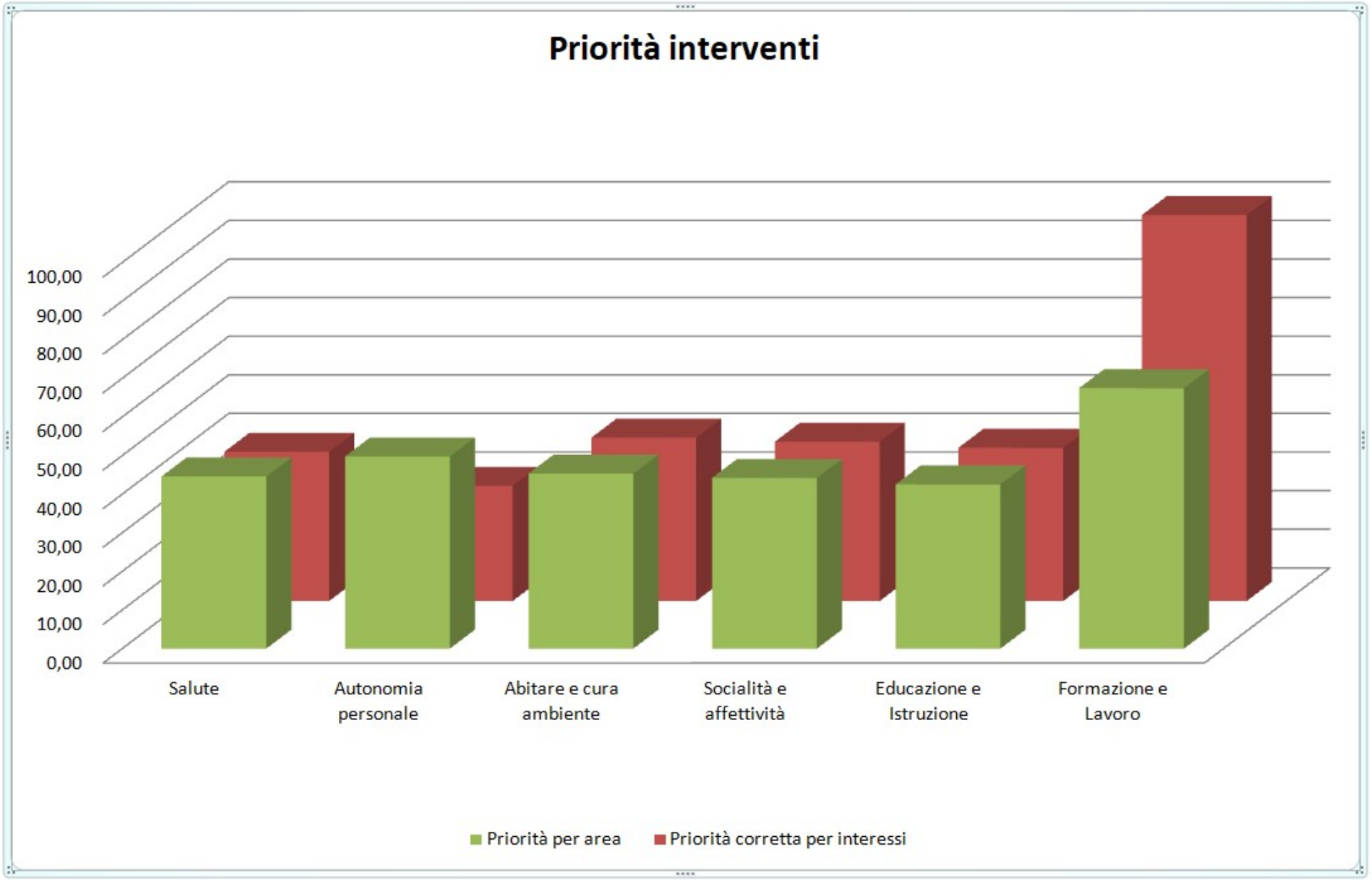
Tipologia di Servizio	Ne usufruisce?	Dettagli eventuali
Contributi economico	Sì ☐ No ☐ No info ☐	
Servizi residenziali	Sì ☐ No ☐ No info ☐	
Servizio abitativo co-housing	Sì ☐ No ☐ No info ☐	
Servizi semiresidenziali	Sì ☐ No ☐ No info ☐	
Servizi di trasporto	Sì ☐ No ☐ No info ☐	
Assistenza domiciliare	Sì ☐ No ☐ No info ☐	
Assistenza educativa	Sì ☐ No ☐ No info ☐	
Servizi di socializzazione	Sì ☐ No ☐ No info ☐	
Inserimenti socio-terapeutici	Sì ☐ No ☐ No info ☐	
Inserimenti socio-lavorativi	Sì ☐ No ☐ No info ☐	
Inserimenti socio-assistenziali	Sì ☐ No ☐ No info ☐	
Progetti di formazione	Sì ☐ No ☐ No info ☐	
Trattamento farmacologico	Sì ☐ No ☐ No info ☐	

Piani di intervento riabilit specialistici	Sì □ No □ No info □	
Affido	Sì □ No □ No info □	
Supporto dopo scuola	Sì □ No □ No info □	
Assistenza specialistica scolastica	Sì □ No □ No info □	
Altro	Sì □ No □ No info □	

PROFILO di FUNZIONAMENTO



PROFILO di FUNZIONAMENTO



PROGETTO DI VITA

	SALUTE **(ORGANIZZAZIONE INTERVENTI DI CURA SANITARIA)**					**VERIFICA** **STATO DI ATTUAZIONE** **(avviato, sospeso, concluso, non avviato)**
Obiettivo ……. ……. ……. …….	**ATTORI**	**PERSONA**	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
			Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
		RAPPRESENTANTE LEGALE	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
			Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
		FAMIGLIA	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
			Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
		SERVIZIO PUBBLICO	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
			Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……

		PRIVATO SOCIALE	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
			Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
		VOLONTARIATO	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
			Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……

PROGETTO DI VITA

	AUTONOMIA PERSONALE **(CURA DI SE', MOBILITA', COMUNICAZIONE)**					**VERIFICA** **STATO DI ATTUAZIONE** (avviato, sospeso, concluso, non avviato)
Obiettivo …… …… …… ……	**ATTORI**	**PERSONA**	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
			Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
		RAPPRESENTANTE LEGALE	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
			Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
		FAMIGLIA	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
			Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
		SERVIZIO PUBBLICO	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
			Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……

		PRIVATO SOCIALE	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
			Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
		VOLONTARIATO	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
			Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……

PROGETTO DI VITA

ABITARE E CURA DELL'AMBIENTE
(AUTONOMIA ABITATIVA, ADEGUATEZZA DELL'AMBIENTE DOMESTICO)

VERIFICA STATO DI ATTUAZIONE (avviato, sospeso, concluso, non avviato)

Obiettivo

……
……
……
……

ATTORI

PERSONA	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
	Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
RAPPRESENTANTE LEGALE	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
	Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
FAMIGLIA	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
	Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
SERVIZIO PUBBLICO	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
	Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……

		PRIVATO SOCIALE	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
			Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
		VOLONTARIATO	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
			Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……

PROGETTO DI VITA

SOCIALITA' E AFFETTIVITA'
(INCLUSI INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA RETE FAMILIARE)

VERIFICA STATO DI ATTUAZIONE (avviato, sospeso, concluso, non avviato)

Obiettivo

……
……
……
……

ATTORI

PERSONA	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
	Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
RAPPRESENTANTE LEGALE	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
	Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
FAMIGLIA	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
	Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
SERVIZIO PUBBLICO	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
	Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……

		PRIVATO SOCIALE	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……..
			Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……..
		VOLONTARIATO	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……..
			Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……..

PROGETTO DI VITA

EDUCAZIONE E ISTRUZIONE

VERIFICA
STATO DI ATTUAZIONE
(avviato, sospeso, concluso, non avviato)

Obiettivo

……
……
……
……

ATTORI

PERSONA	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
	Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
RAPPRESENTANTE LEGALE	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
	Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
FAMIGLIA	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
	Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
SERVIZIO PUBBLICO	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
	Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……

		PRIVATO SOCIALE	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
			Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
		VOLONTARIATO	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
			Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……

PROGETTO DI VITA

FORMAZIONE E LAVORO

VERIFICA STATO DI ATTUAZIONE (avviato, sospeso, concluso, non avviato)

Obiettivo

……
……
……
……

ATTORI

PERSONA	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
	Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
RAPPRESENTANTE LEGALE	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
	Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
FAMIGLIA	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
	Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
SERVIZIO PUBBLICO	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
	Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……

		PRIVATO SOCIALE	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
			Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
		VOLONTARIATO	**Risorse:**	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……
			Risorse:	**Azioni:**	**Durata:**	**Tempi di attivazione:**	…… Data …… Note: ……

COMPONENTI UVMD E PARTECIPANTI ALLA SEDUTA

Sintesi Progetto di vita *(inclusi interventi proposti e non accolti)*

……
……
……
……
……
……

Nome	Cognome	Qualifica	Case manager *	Ente	Firma

***** *campo obbligatorio per almeno un professionista del servizio pubblico*

DATA: ……..

VERIFICA PROGETTO (MESE ANNO): ……

LA METODOLOGIA DEL BUDGET DI SALUTE

La scheda di definizione del Progetto di vita raccoglie e sistematizza su sei aree di intervento (Salute, Autonomia personale, Abitare e cura dell'ambiente, Socialità e affettività, Educazione e istruzione, Formazione e lavoro) gli obiettivi, le risorse e le diverse azioni, servizi e misure che ciascuno degli attori coinvolti (persona, rappresentante legale, famiglia, servizio pubblico, privato sociale e volontariato), con modalità e impegni differenti, mettono in campo per l'attuazione del progetto di vita stesso.

Il **Budget di salute** è lo strumento che permette tale sistematizzazione e organizzazione: è una **misura complessa** che riunisce tutte le risorse disponibili in un dato territorio e attorno ad una persona, per alimentare lo sviluppo del progetto di vita della persona con disabilità e consente di definire la composizione e il tipo di risorse (umane, economiche, relazionali, strumentali) necessarie e quelle effettivamente presenti.

Definire il Budget di salute significa **ricomporre le risorse** che appartengono a settori (sociale, sanitario, educativo, formazione e lavoro) ed enti pubblici diversi e al privato sociale; dall'altro versante il Budget di salute si alimenta con le risorse (in termini di capacità, disponibilità e azioni) proprie della persona e del suo nucleo familiare, in stretta interazione con le reti formali e informali che ne compongono il contesto di vita, per sostenere un percorso di autonomia e di benessere. La **centralità della persona** e il valore dei legami di comunità sono pertanto gli assunti alla base dello strumento, che richiede una serie di interventi che agiscono tanto sul piano individuale quanto su quello collettivo.

Una volta definiti gli **obiettivi**, è possibile indicare l'insieme degli **attori** che, con modalità e impegni differenti, concorrono all'attuazione del progetto di vita. All'interno di **reti dinamiche** si possono così generare percorsi differenti, via via ricalibrabili sulla base delle esigenze delle persone e degli attori coinvolti, che danno vita a un caleidoscopio di possibili soluzioni e che aprono nuovi spazi per percorsi di innovazione sociale.

Attraverso la definizione del Budget di salute è possibile sostenere **la crescita e la responsabilizzazione** delle comunità locali e del terzo settore, la formazione di nuove competenze, percorsi di co-progettazione e co-gestione, la definizione condivisa di regole e linguaggi, la comprensione e il miglior funzionamento dei sistemi di welfare locale.

Dal punto di vista dell'integrazione e della partecipazione si tratta di uno **strumento innovativo**, che sviluppa la sua azione su più livelli: il **livello istituzionale**, ricomponendo risorse provenienti da soggetti con natura giuridica diversa; quello **organizzativo e gestionale**, fornendo ai servizi e ai diversi professionisti coinvolti una traccia di lavoro per la definizione di progetti di vita basati sulla multidisciplinarietà e sull'approccio multidimensionale; sul **livello della persona con disabilità**, concorrendo alla definizione di un progetto di vita pensato, redatto e realizzato con la partecipazione diretta della persona e della sua famiglia e con una rete di operatori professionali e non, che si muovono in modo coordinato e integrato perseguendo il medesimo obiettivo.

Per la definizione di progetti di vita delle persone con disabilità attraverso il Budget di Salute è necessario mappare la **rete** dei potenziali soggetti da coinvolgere, presenti sul territorio.La mappatura degli attori è intesa come una fotografia delle risorse presenti e rappresenta quindi il contesto di riferimento a partire dal quale avviene la **costruzione della rete** che concretamente contribuirà alla realizzazione dei progetti di vita. Il processo di costruzione richiede la definizione delle modalità di coinvolgimento e di gestione, con indicazione degli impegni, del tipo di risorse che è possibile impiegare e del numero di soggetti coinvolti, attraverso un calendario di incontri, laboratori e momenti di valutazione condivisi. Questo passaggio assume una rilevanza centrale nel percorso di coinvolgimento, responsabilizzazione e attivazione delle **comunità** e permette di scegliere la direzione verso cui orientare le risorse per una migliore qualità della vita delle persone di cui anche la comunità stessa si fa carico.