



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

### SCHEDA PRE/POST ASSESSMENT

☐ PRE ☐ POST

Nominativo del bambino/ragazzo		Genere	<input type="checkbox"/> Maschio
Data di nascita (gg/mm/aaaa)		Data compilazione (gg/mm/aaaa)	<input type="checkbox"/> Femmina

#### Parte generale

##### Compilatori (è possibile più di una risposta)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> assistente sociale | <input type="checkbox"/> pediatra                  |
| <input type="checkbox"/> psicologo          | <input type="checkbox"/> neuropsichiatra infantile |
| <input type="checkbox"/> educatore          | <input type="checkbox"/> altro _____               |
| <input type="checkbox"/> insegnante         | <input type="checkbox"/> altro _____               |

##### Vulnerabilità della famiglia (è possibile più di una risposta)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> abitazione  | <input type="checkbox"/> evento traumatico e/o stressante   |
| <input type="checkbox"/> abuso e/o sospetto  | <input type="checkbox"/> famiglia ricomposta                |
| <input type="checkbox"/> adozione difficile  | <input type="checkbox"/> incuria e negligenza               |
| <input type="checkbox"/> assenza di uno o entrambi i genitori                                      | <input type="checkbox"/> isolamento/emarginazione sociale   |
| <input type="checkbox"/> bassa scolarizzazione dei genitori  | <input type="checkbox"/> maltrattamento                     |
| <input type="checkbox"/> comportamenti devianti/a rischio  | <input type="checkbox"/> migrazione                         |
| <input type="checkbox"/> condizione economica/lavorativa   | <input type="checkbox"/> patologia psichiatrica bambino/a   |
| <input type="checkbox"/> conflittualità di coppia  | <input type="checkbox"/> patologia psichiatrica famiglia    |
| <input type="checkbox"/> detenzione  | <input type="checkbox"/> povertà                            |
| <input type="checkbox"/> dipendenza  | <input type="checkbox"/> presa in carico transgenerazionale |
| <input type="checkbox"/> disabilità bambino/a  | <input type="checkbox"/> quartiere degradato                |
| <input type="checkbox"/> disabilità famiglia   | <input type="checkbox"/> violenza assistita                 |
| <input type="checkbox"/> disagio psicologico bambino/a   | <input type="checkbox"/> altro _____                        |
| <input type="checkbox"/> disagio psicologico dei genitori/adulti che svolgono funzioni genitoriali | <input type="checkbox"/> altro _____                        |
| <input type="checkbox"/> dispersione scolastica dei bambini  | <input type="checkbox"/> altro _____                        |



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

**Servizi attivi per il nucleo familiare (è possibile più di una risposta)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> assistenza domiciliare socio-assistenziale     | <input type="checkbox"/> neuropsichiatria infantile                              |
| <input type="checkbox"/> centri di ascolto tematici                     | <input type="checkbox"/> psichiatria   |
| <input type="checkbox"/> centri diurni                                  | <input type="checkbox"/> psicologia  |
| <input type="checkbox"/> centri per le famiglie                         | <input type="checkbox"/> sert  |
| <input type="checkbox"/> consultorio                                    | <input type="checkbox"/> sostegno economico (assegni, bonus, social card, rette) |
| <input type="checkbox"/> distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio | <input type="checkbox"/> sostegno socio-educativo scolastico                     |
| <input type="checkbox"/> famiglia d'appoggio                            | <input type="checkbox"/> sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare     |
| <input type="checkbox"/> gruppi di genitori                             | <input type="checkbox"/> supporto per il reperimento di alloggi                  |
| <input type="checkbox"/> inserimento lavorativo                         | <input type="checkbox"/> trasporto sociale                                       |
| <input type="checkbox"/> interventi per l'integrazione sociale          | <input type="checkbox"/> altro _____   |
| <input type="checkbox"/> mediazione culturale                           | <input type="checkbox"/> nessuno   |
| <input type="checkbox"/> mediazione familiare                           |  |
| <input type="checkbox"/> mensa sociale                                  |  |

**2. Storia della famiglia**



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

### 3.a Fattori di rischio (1 poco numerosi – 6 molto numerosi)

<b>Bambino</b>					
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
<b>Famiglia</b>					
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
<b>Ambiente</b>					
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

#### Descrizione dei fattori di rischio (facoltativa)

--

### 3.b Fattori di protezione (1 poco numerosi – 6 molto numerosi)

<b>Bambino</b>					
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
<b>Famiglia</b>					
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
<b>Ambiente</b>					
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

#### Descrizione dei fattori di protezione (facoltativa)

--



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

#### 4. Qualità della relazione tra servizi e famiglia (1 difficile – 6 ottimale)

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
-----	-----	-----	-----	-----	-----

Perché è prevalentemente

con la mamma	con il papà	con altre figure genitoriali
<input type="checkbox"/> coinvolgente	<input type="checkbox"/> coinvolgente	<input type="checkbox"/> coinvolgente
<input type="checkbox"/> collaborativa	<input type="checkbox"/> collaborativa	<input type="checkbox"/> collaborativa
<input type="checkbox"/> compiacente	<input type="checkbox"/> compiacente	<input type="checkbox"/> compiacente
<input type="checkbox"/> richiedente	<input type="checkbox"/> richiedente	<input type="checkbox"/> richiedente
<input type="checkbox"/> delegante	<input type="checkbox"/> delegante	<input type="checkbox"/> delegante
<input type="checkbox"/> conflittuale	<input type="checkbox"/> conflittuale	<input type="checkbox"/> conflittuale
<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> assente
<input type="checkbox"/> genitore non presente	<input type="checkbox"/> genitore non presente	<input type="checkbox"/> genitore non presente

Commenti

Valutazione complessiva \* (1 famiglia non a rischio – 6 famiglia a rischio alto)

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
-----	-----	-----	-----	-----	-----





## Scheda di accoglienza e valutazione dei bisogni

Inviato da: ☐ servizi sociali Municipio | \_ | \_ | \_ |  
☐ contatto diretto  
☐ telefonico

☐ altro \_\_\_\_\_  
☐ primo accesso data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
☐ altro accesso data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Diritti di cittadinanza	<input type="checkbox"/> Condizione di Salute
<input type="checkbox"/> Condizione Economica	<input type="checkbox"/> Marginalità/Difficoltà Relazionale
<input type="checkbox"/> Condizione Abitativa	<input type="checkbox"/> Violenza/maltrattamenti/abusi
<input type="checkbox"/> Condizione Familiare	<input type="checkbox"/> Condizione Giudiziaria

recapito telefonico |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| · |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
indirizzo email \_\_\_\_\_  
altro recapito \_\_\_\_\_

☐ singles ☐ coniugato/a ☐ divorziato/a  
☐ convivente ☐ separato/a ☐ vedovo/a

☐ nessuno  
☐ licenza elementare  
☐ licenza media  
☐ qualifica professionale di \_\_\_\_\_  
☐ diploma scuola secondaria  
☐ diploma universitario/laurea o titoli superiori  
 se straniero: ☐ titolo di studio riconosciuto ☐ non riconosciuto



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

## 2. Condizione lavorativa

- ☐ non in età da lavoro  
☐ studente ☐ studente/lavoratore  
☐ casalinga  
☐ inattivo (non lavora e non cerca)  
☐ inabile parziale o totale al lavoro  
☐ in cerca di prima occupazione  
☐ in formazione/tirocinio/stage  
☐ stagionale  
☐ lavoro saltuario  
☐ apprendistato  
☐ lavoro continuativo
- ☐ vive di espedienti  
☐ iscritto al Cpl ☐ iscritto agenzia interinale  
☐ in borsa lavoro/lsu  
☐ per conto di altri ☐ partita Iva  
☐ in proprio  
☐ senza contratto  
☐ contratto di collaborazione  
☐ con contratto  
☐ t. determinato ☐ t. indeterminato  
☐ in proprio  
☐ partita Iva ☐ commerciante  
☐ in Cassa Integrazione - Fis - Mobilità - Naspi/Asdi - Dis-coll  
☐ in sospensione del lavoro senza indennità  
☐ licenziato per \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
☐ costretto a chiudere l'attività per:  
☐ indebitamento/usura  
☐ protesta  
☐ fallimento  
☐ altro \_\_\_\_\_  
☐ altre notizie utili [settore/mansioni...] \_\_\_\_\_
- ☐ disoccupato alla ricerca di nuova occupazione  
☐ con Reddito di Cittadinanza ☐ senza Reddito di Cittadinanza  
☐ REM ☐ altro \_\_\_\_\_
- ☐ pensionato ☐ pensione contributiva ☐ pensione invalidità  
☐ pensione sociale ☐ altro \_\_\_\_\_

### L'emergenza sanitaria del covid-19 ha peggiorato le tue condizioni di lavoro?:

- ☐ no ☐ sì, poco ☐ sì, molto

### Rischio/paura di perdita del lavoro:

- ☐ no ☐ sì  
a causa di: ☐ riduzione del lavoro  
☐ difficoltà del datore di lavoro  
☐ altro \_\_\_\_\_

### Indennità-Contributi-Esenzioni-Aiuti percepiti:

- ☐ ios/assegno ordinario di invalidità  
☐ esenzione ticket sanitari ☐ per patologia ☐ per età ☐ per reddito  
☐ carta acquisti  
☐ indennità Covid 19  
☐ congedo straordinario  
☐ bonus baby sitting  
☐ bonus spesa Comunale  
☐ contributo municipale [specificare] \_\_\_\_\_  
☐ bonus regionale [specificare] \_\_\_\_\_  
☐ pacco alimentare ☐ mensile ☐ settimanale ☐ Protezione Civile  
☐ della chiesa ☐ Municipio ☐ altro \_\_\_\_\_  
☐ associazioni locali  
☐ mensa sociale ☐ della Caritas ☐ di S. Egidio ☐ altro \_\_\_\_\_  
☐ presa in carico presso i servizi sociosanitari del Municipio |\_\_|\_\_|\_\_| dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
☐ altri aiuti e sostegni ricevuti: \_\_\_\_\_  
da parte di: \_\_\_\_\_





DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

#### 4. Condizione familiare

##### Tipologia di nucleo familiare:

- ☐ giovane adulto solo 18>25 anni  
se straniera/o: ☐ con marito/moglie ☐ e figlie/i rimasti in patria
- ☐ adulto solo >25 anni  
se straniera/o: ☐ con marito/moglie ☐ e figlie/i rimasti in patria
- ☐ adulto solo con \_\_\_\_\_ genitore anziano a carico
- ☐ nucleo monogenitoriale con \_\_\_\_\_ figlia/o minorenni e \_\_\_\_\_ maggiorenne
- ☐ coppia
- ☐ famiglia ☐ con 1 o 2 minori ☐ con 3 o più minori
- ☐ famiglia con \_\_\_\_\_ figlia/o minorenni e \_\_\_\_\_ maggiorenne
- ☐ anziano solo
- ☐ altre famiglie \_\_\_\_\_

##### Condizione generale della famiglia: [si possono dare più risposte]

- ☐ soddisfacente
- ☐ non soddisfacente
- ☐ carente
- motivi di preoccupazione\*:
- ☐ prospettive del proprio lavoro
  - ☐ prospettive del lavoro del coniuge
  - ☐ o dei figli
  - ☐ insufficienza di reddito familiare
  - ☐ stato di salute
  - ☐ altro \_\_\_\_\_

#### 5. Condizione sanitaria

- ☐ del titolare della Scheda ☐ di un familiare
- ☐ patologia principale \_\_\_\_\_
- ☐ handicap fisico lieve
- ☐ disabilità grave ☐ fisico/sensoriale ☐ psico/mentale
- ☐ invalidità ☐ non presentata ☐ domanda in corso/ricorso
- ☐ richiesta aggravamento ☐ % | | | | ☐ accompagnamento
- ☐ dipendenza ☐ alcool ☐ farmaci ☐ droghe ☐ gioco
- ☐ ex dipendenza
- ☐ non seguito ☐ seguito da:
- ☐ Servizio Sanitario Nazionale presso \_\_\_\_\_
  - ☐ Cim
  - ☐ Sert
  - ☐ altro \_\_\_\_\_

#### 6. Condizione giudiziaria

- ☐ del titolare della Scheda ☐ di un familiare
- ☐ devianza minorile [con conseguenze civili o penali]
- ☐ provvedimenti restrittivi dalla libertà
- ☐ arresti domiciliari
- ☐ altre misure alternative alla detenzione
- ☐ detenzione breve ☐ medio-lunga
- ☐ ex detenuto ☐ in regime di \_\_\_\_\_





DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

### Valutazioni a cura dell'operatore

#### 1. Situazione economica sintetica del nucleo familiare: [facoltativa ed opzionale]

Reddito totale ISEE € \_\_\_\_\_  
Spesa fissa per affitto o mutuo € \_\_\_\_\_  
Indennità di accompagnamento € \_\_\_\_\_  
Eventuali altre indennità € \_\_\_\_\_  
= € \_\_\_\_\_  
Integrazione economica del Comune per l'assistenza ☐ SI ☐ NO  
Note: \_\_\_\_\_

#### 2. Percezione dell'utente rispetto al suo livello di bisogno

Condizione Abitativa	<input type="checkbox"/> adeguata	<input type="checkbox"/> parzialmente adeguata	<input type="checkbox"/> non adeguata
Condizione Familiare	<input type="checkbox"/> problematica	<input type="checkbox"/> parz. problematica	<input type="checkbox"/> non problematica
Condizione di Salute	<input type="checkbox"/> precaria	<input type="checkbox"/> parz. precaria	<input type="checkbox"/> non precaria
Rete di Cura e Supporto	<input type="checkbox"/> ben assistito	<input type="checkbox"/> parz. assistito	<input type="checkbox"/> non assistito
Istruzione/Formazione	<input type="checkbox"/> soddisfacente	<input type="checkbox"/> parz. soddisfacente	<input type="checkbox"/> non soddisfacente
Condizione Lavorativa	<input type="checkbox"/> soddisfacente rispetto alle esigenze personali	<input type="checkbox"/> parz. soddisfacente rispetto alle esigenze personali	<input type="checkbox"/> non soddisfacente rispetto alle esigenze personali
Condizione Economica	<input type="checkbox"/> adeguata alle esigenze del nucleo	<input type="checkbox"/> parz. adeguata alle esigenze del nucleo	<input type="checkbox"/> non adeguata alle esigenze del nucleo

#### 2.1 Valutazione complessiva del bisogno sociale [in ordine alle priorità rilevate]

	principale	secondaria	altro	altro
Condizione Abitativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condizione Familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condizione di Salute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rete di Cura e Supporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Istruzione/Formazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situazione Lavorativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situazione Economica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 2.3 Aree di bisogno prevalenti: [si possono dare più risposte]

- ☐ vita di relazione/socializzazione/sostegno educativo  
[comprende la capacità di stabilire relazioni, il bisogno di supporto educativo]
- ☐ autonomia sociale  
[la possibilità di indipendenza e autonomia economica, abitativa, giuridica...]
- ☐ integrazione socio-lavorativa (inclusa formazione)  
[anche di acquisizione delle competenze per l'inclusione socio-lavorativa]
- ☐ fragilità del nucleo familiare  
[la famiglia evidenzia un bisogno sociale e/o particolari condizioni di salute]

#### 2.4 Servizi e attività prioritarie: [si possono dare più risposte]

- ☐ servizi assistenziali di base:  
[es. pacco alimentare/mensa sociale, posto letto temporaneo, servizio lavanderia/doccia]
- ☐ servizi orientamento/consulenza/supporto legale ai diritti:  
[es. al diritto all'abitare, al lavoro, alla cittadinanza, alla tutela dei minori]
- ☐ servizi sociali:  
[es. gruppo mutuo aiuto, supporto psicologico, centro di socializzazione, spazio incontro]
- ☐ servizi istruzione/formativi/ educativi:  
[es. corsi di lingua, corsi di formazione, servizio civile]
- ☐ servizi di inserimento socio lavorativo:  
[es. bilancio di competenze, tutoraggio, tirocini, borse lavoro]



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

### 3. Ipotesi di intervento

**3.1 Osservazioni e criticità rilevate:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3.2 Obiettivo dell'intervento:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3.3 Obiettivi intermedi brevi:**  
1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_  
4 \_\_\_\_\_

**3.4 Obiettivi di medio/lungo termine:**  
1 \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_  
4 \_\_\_\_\_

### 3.5 Invi e impegni assunti

dall'utente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

dal Servizio/Associazione: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

dalla rete sociale: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3.6 Verifica periodica del percorso attivato

- ☐ dopo 15 giorni \_\_\_\_\_
- ☐ dopo 1 mese \_\_\_\_\_
- ☐ dopo 2 mesi \_\_\_\_\_
- ☐ dopo 4 mesi \_\_\_\_\_
- ☐ dopo 1 anno \_\_\_\_\_



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

**Questionario sulle capacità e sulle difficoltà (SDQ) riferito a bambini 3-4 anni**  
**Goodman, 1997; Marzocchi et al. 2002. (Genitori, Educatori nido, Scuola dell'Infanzia, Educatori Dom.)**

Nominativo del bambino		Genere	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Data di nascita (gg/mm/aaaa)		Data compilazione (gg/mm/aaaa)	
Compilatore	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Altro: ..... <input type="checkbox"/> Ed. Nido/Scuola dell'Infanzia <input type="checkbox"/> Educatore		

Per ciascuna domanda metti un crocetta su una delle tre caselle: non vero, parzialmente vero, assolutamente vero. Sarebbe utile che tu rispondessi a tutte le domande nel migliore dei modi possibile, anche se non sei completamente sicuro o la domanda ti sembra un po' sciocca! Rispondi in base al comportamento del bambino negli ultimi sei mesi o durante il presente anno scolastico.

	Non vero	Parzialmente Vero	Absolutamente Vero
Rispettoso dei sentimenti degli altri			
Irrequieto, iperattivo, incapace di stare fermo per molto tempo			
Si lamenta spesso per mal di testa, mal di stomaco o nausea			
Condivide volentieri con gli altri bambini (dolci, giocattoli, matite ecc.)			
Spesso ha crisi di collera o è di cattivo umore			
Piuttosto solitario, tende a giocare da solo			
Generalmente obbediente, esegue di solito le richieste degli adulti			
Ha molte preoccupazioni, spesso sembra preoccupato			
È di aiuto se qualcuno si fa male, è arrabbiato o malato			
Costantemente in movimento o a disagio			
Ha almeno un buon amico o una buona amica			
Spesso litiga con gli altri bambini o li infastidisce di proposito			
Spesso infelice, triste o in lacrime			
Generalmente ben accetto dagli altri bambini			
Facilmente distratto, incapace di concentrarsi			
È nervoso o a disagio in situazioni nuove, si sente poco sicuro di sé			
Gentile con i bambini più piccoli			
Spesso litigioso con gli adulti			
Preso di mira e preso in giro dagli altri bambini			
Si offre spesso volontario per aiutare gli altri (genitori, insegnanti, altri bambini)			
È in grado di fermarsi e di pensare sulle cose prima di agire			
Può essere dispettoso con gli altri			
Ha migliori rapporti con gli adulti che con i bambini			
Ha molte paure, si spaventa facilmente			
È in grado di portare a termine ciò che gli viene richiesto, rimanendo concentrato per tutto il tempo necessario			





DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

**Questionario sulle capacità e sulle difficoltà (SDQ) riferito a bambini/ragazzi 4-17 anni**  
**Goodman, 1997; Marzocchi et al. 2002. (Genitori, Insegnanti, Educatori)**

Nominativo del bambino		Genere	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Data di nascita (gg/mm/aaaa)		Data compilazione (gg/mm/aaaa)	
Compilatore	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Altro ..... <input type="checkbox"/> Insegnante <input type="checkbox"/> Educatore		

Per ciascuna domanda metti una crocetta su una delle tre caselle: non vero, parzialmente vero, assolutamente vero. Sarebbe utile che tu rispondessi a tutte le domande nel migliore dei modi possibile, anche se non sei completamente sicuro o la domanda ti sembra un po' sciocca! Rispondi in base al comportamento del bambino negli ultimi sei mesi o durante il presente anno scolastico.

	Non vero	Parzialmente Vero	Absolutamente Vero
Rispettoso dei sentimenti degli altri			
Irrequieto, iperattivo, incapace di stare fermo per molto tempo			
Si lamenta spesso per mal di testa, mal di stomaco o nausea			
Condivide volentieri con gli altri bambini (dolci, giocattoli, matite ecc.)			
Spesso ha crisi di collera o è di cattivo umore			
Piuttosto solitario, tende a giocare da solo			
Generalmente obbediente, esegue di solito le richieste degli adulti			
Ha molte preoccupazioni, spesso sembra preoccupato			
È di aiuto se qualcuno si fa male, è arrabbiato o malato			
Costantemente in movimento o a disagio			
Ha almeno un buon amico o una buona amica			
Spesso litiga con gli altri bambini o li infastidisce di proposito			
Spesso infelice, triste o in lacrime			
Generalmente ben accetto dagli altri bambini			
Facilmente distratto, incapace di concentrarsi			
È nervoso o a disagio in situazioni nuove, si sente poco sicuro di sé			
Gentile con i bambini più piccoli			
Spesso dice bugie o inganna			
Preso di mira e preso in giro dagli altri bambini			
Si offre spesso volontario per aiutare gli altri (genitori, insegnanti, altri bambini)			
Pensa prima di fare qualcosa			
Ruba a casa, a scuola o in altri posti			
Ha migliori rapporti con gli adulti che con i bambini			
Ha molte paure, si spaventa facilmente			
È in grado di portare a termine ciò che gli viene richiesto, rimanendo concentrato per tutto il tempo necessario			



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

### Questionario sulle capacità e sulle difficoltà (SDQ)

Goodman, 1997; Marzocchi et al. 2002.

(Ragazzi 9-17 anni)

Nominativo del bambino/ragazzo		Genere	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Data di nascita (gg/mm/aaaa)		Data compilazione (gg/mm/aaaa)	

Per ciascuna domanda metti una crocetta su una delle tre caselle: non vero, parzialmente vero, assolutamente vero. Sarebbe utile rispondere a tutte le domande nel migliore dei modi possibile, anche se non sei completamente sicuro o la domanda ti sembra un pó sciocca! Rispondi sulla base della tua esperienza negli ultimi sei mesi.

	Non vero	Parzialmente Vero	Absolutamente Vero
Cerco di essere gentile verso gli altri; sono rispettoso dei loro sentimenti			
Sono agitato(a), non riesco a stare fermo per molto tempo			
Soffro spesso mal di testa, mal di stomaco o nausea			
Condivido volentieri con gli altri (dolci, giocattoli, matite ecc.)			
Spesso ho delle crisi di collera o sono di cattivo umore			
Sono piuttosto solitario, tendo a giocare da solo			
Generalmente sono obbediente e faccio quello che mi è stato detto			
Ho molte preoccupazioni			
Sono di aiuto se qualcuno si fa male, è arrabbiato o malato			
Sono costantemente in movimento; spesso mi sento a disagio			
Ho almeno un buon amico o una buona amica			
Spesso litigo. Costringo gli altri a fare quello che voglio			
Sono spesso infelice o triste; piango facilmente			
Generalmente sono ben accettato(a) dalle persone della mia età			
Sono facilmente distratto(a); trovo difficile concentrarmi			
Le situazioni nuove mi rendono nervoso(a), mi sento poco sicuro di me stesso			
Sono gentile con i bambini piccoli			
Sono spesso accusato(a) di essere un bugiardo o un(a) ingannatore(trice)			
Sono preso(a) di mira e preso(a) in giro dalle persone della mia età			
Sono spesso volontario per aiutare gli altri (genitori, insegnanti, bambini)			
Penso prima di fare qualcosa			
Ho rubato degli oggetti che non mi appartenevano da casa, da scuola o dagli altri posti			
Ho migliori rapporti con gli adulti che con le persone della mia età			
Ho molte paure, mi spavento facilmente			
Sono in grado di finire ciò che mi viene chiesto; rimango concentrato(a) per tutto il tempo			



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

### Questionario sulla relazione d'aiuto (HRI)

Young T. M., Poulin J. E., 1998

(Assistente Sociale)

Nominativo del bambino		Genere	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Data di nascita (gg/mm/aaaa)		Data compilazione (gg/mm/aaaa)	
Compilatore			

	1 per niente	2 poco	3 abbast anza	4 molto	5 complet amente
1. Quanto è coinvolta la famiglia nel definire come sarà affrontato il vostro lavoro?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. Tu e la famiglia, quanto spesso discutete il/i problema/i per i quali la famiglia è seguita dai servizi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. In che misura hai chiarito i problemi che tu e la famiglia state affrontando?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. Quanto avete approfondito la discussione sui risultati attesi che vi augurate di raggiungere lavorando insieme?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. Quanto è coinvolta la famiglia nel definire gli/l'obiettivo/i sui quali sta lavorando?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Quanto chiaro sei nel presentare alla famiglia gli obiettivi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. Quanto approfondite la discussione sulle azioni specifiche che la famiglia metterà in campo per affrontare le sue difficoltà?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8. Quanto sei chiaro nel presentare alla famiglia le azioni che metterai in campo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9. Quanto è coinvolta la famiglia nel determinare come tu e lei stessa valuterete i suoi progressi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10. Quanto sei chiaro sulle modalità con le quali tu e la famiglia valutate i suoi progressi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11. Condividi con la famiglia le tue interpretazioni sulle loro difficoltà?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12. Il modo di interpretare i suoi problemi da parte della famiglia, è simile al tuo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13. Ti piace incontrare la famiglia e parlare con loro?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14. La famiglia è più organizzata nel far fronte ai propri problemi di quanto non sembri dai vostri colloqui?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15. Parlare con te, aiuta la famiglia a calmarsi e rassicurarsi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16. Ti senti in grado gestire gli aspetti emotivi della difficoltà della famiglia?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17. Parlare con te dà speranza alla famiglia?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
18. In generale, senti che tu e la famiglia avete un modo simile di vedere le cose?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
19. Aiuti la famiglia a pensare a se stessa in modo più chiaro?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
20. Senti che tu e la famiglia siete simili in qualche modo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>





DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

### Questionario sulla relazione d'aiuto (HRI)

Young T. M., Poulin J. E., 1998

(Famiglia)

Nominativo del bambino		Genere	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Data di nascita (gg/mm/aaaa)		Data compilazione (gg/mm/aaaa)	
Compilatore	<input type="checkbox"/> Mamma <input type="checkbox"/> Papà <input type="checkbox"/> Altro: .....		

	1 per niente	2 poco	3 abbast anza	4 molto	5 complet amente
1. Quanto sei coinvolto nel decidere le modalità del lavorare condiviso?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. Quanto, tu e il tuo assistente sociale, discutete il/i problema/i per i quali chiedi sostegno?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. Quanto sei coinvolto nel decidere quali problemi affrontare nel vostro lavoro condiviso?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. Quanto approfondita è la discussione, tra te e il tuo ass. soc., rispetto agli obiettivi che voi sperate di raggiungere con il vostro impegno	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. Quanto sei coinvolto nel definire gli obiettivi su cui state lavorando?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Quanto approfondita è la discussione, tra te e il tuo ass. soc., rispetto alle azioni che farai per risolvere i tuoi problemi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. Quanto approfondita è la discussione, tra te e il tuo assistente sociale, rispetto alle azioni che l'ass. soc. farà per risolvere i tuoi problemi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8. Quanto spesso, tu e l'ass. soc., discutete le modalità con le quali verranno valutati i tuoi progressi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9. Quanto sei coinvolto nello stabilire come, tu e il tuo ass. soc., valuterete i tuoi progressi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10. Quanto approfondita è la discussione, tra te e l'ass. soc., sui tuoi progressi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11. Ti sembra che il tuo ass. soc. ti presti attenzione?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12. Il modo di interpretare le tue difficoltà da parte dell'ass. soc. è simile al tuo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13. Parlare con il tuo ass. soc. ti aiuta ad organizzarti meglio nella gestione delle tue difficoltà?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14. Parlare con l'ass. soc. ha un effetto calmante e rassicurante su di te?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15. Parlare con l'ass. soc. ti dà speranza?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16. L'ass. soc. ti aiuta a riflettere sulle tue difficoltà in modo più?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17. Parlare con l'ass. soc. ti aiuta a credere di più in te stesso?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
18. In generale, senti che tu e l'ass. soc. vedete le cose in modo simile?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
19. L'ass. soc. ti aiuta a pensare a te stesso in modo più chiaro?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
20. Senti che tu e l'ass. soc. siete simili in qualche modo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

### Questionario sui Fattori Protettivi (PFS)

FRIENDS National Resource Center for Community Based Child Abuse Prevention. A Service of the Children's Bureau (2008) (Genitori)

Nominativo del bambino		Genere	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Data di nascita (gg/mm/aaaa)		Data compilazione (gg/mm/aaaa)	
Compilatore	<input type="checkbox"/> Mamma <input type="checkbox"/> Papà <input type="checkbox"/> Altro: .....		

Per ciascuna affermazione indica cerchiando il numero quanto sia vera o quanto tu sia d'accordo con quanto riportato.

	Mai	Molto raramente	Raramente	Circa la metà delle volte	Frequentemente	Molto frequentemente	Sempre
1. Nella mia famiglia, si parla dei problemi	1	2	3	4	5	6	7
2. Quando litighiamo, la mia famiglia ascolta "entrambe le versioni della storia"	1	2	3	4	5	6	7
3. Nella mia famiglia, ci prendiamo il tempo per ascoltarci l'un l'altro	1	2	3	4	5	6	7
4. La mia famiglia è unita quando si affronta una situazione stressante	1	2	3	4	5	6	7
5. La mia famiglia è in grado di risolvere i nostri problemi	1	2	3	4	5	6	7

	Completamente in disaccordo	Abbastanza in disaccordo	Leggermente in disaccordo	Neutrale	Leggermente d'accordo	Abbastanza d'accordo	Completamente d'accordo
6. Ci sono altre persone che mi ascoltano quando ho bisogno di parlare dei miei problemi	1	2	3	4	5	6	7
7. Quando mi sento solo, ci sono diverse persone con cui posso parlare	1	2	3	4	5	6	7
8. Non avrei alcuna idea rispetto a chi rivolgermi se la mia famiglia avesse bisogno di cibo o alloggio	1	2	3	4	5	6	7
9. Non saprei dove andare per chiedere aiuto se avessi difficoltà ad arrivare a fine mese/sbarcare il lunario	1	2	3	4	5	6	7
10. Se c'è una situazione critica, ci sono intorno a me persone con cui parlare	1	2	3	4	5	6	7
11. Se avessi bisogno di aiuto per trovare un lavoro, non saprei a chi rivolgermi	1	2	3	4	5	6	7
12. Ci sono molti momenti in cui, come genitore, non so cosa fare	1	2	3	4	5	6	7
13. Io so come aiutare mio figlio ad imparare	1	2	3	4	5	6	7
14. Mio figlio si comporta male solo per farmi arrabbiare	1	2	3	4	5	6	7



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
 UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
 TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
 PEC: [UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

	Mai	Molto raramente	Raramente	Circa la metà delle volte	Frequentemente	Molto frequentemente	Sempre
15. Incoraggio mio figlio quando si comporta bene	1	2	3	4	5	6	7
16. Quando rimprovero mio figlio, perdo il controllo	1	2	3	4	5	6	7
17. Sono felice quando sto con mio figlio	1	2	3	4	5	6	7
18. Mio/a figlio/a ed io siamo molto vicini	1	2	3	4	5	6	7
19. Sono in grado di calmare mio figlio/a quando lui/lei è agitato/a	1	2	3	4	5	6	7
20. Trascorro del tempo con mio/a figlio/a a fare quello che gli/le piace	1	2	3	4	5	6	7





DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: [DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM](mailto:DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM)  
PEC: [UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

### Questionario sui Fattori Protettivi: indicazioni per gli operatori

Di seguito una tabella che riassume i fattori protettivi indagati nel questionario.

Fattori Protettivi	Definizione
Funzionamento Familiare / Resilienza	Avere abilità e strategie adattive. Capacità della famiglia di condividere apertamente sia le esperienze positive che quelle negative. Sapersi attivare per accettare, risolvere e gestire problemi.
Supporto socio emotivo	Supporto informale percepito (dalla famiglia, dagli amici, dai vicini) che risponde ai bisogni emotivi.
Supporto Concreto	Accesso tangibile ai bene e ai servizi di sostegno familiare per far fronte a situazioni difficili, soprattutto in tempo di crisi, o in situazioni di grave bisogno.
Sviluppo del bambino e genitorialità	Comprensione e utilizzo di tecniche efficaci per favorire la crescita e lo sviluppo del bambino, secondo aspettative adeguate all'età e alle capacità dei bambini.
Attaccamento	Il legame affettivo che si sviluppa nel tempo attraverso un modello di interazione positiva tra le figure genitoriali e il bambino.

Si riportano di seguito alcune domande da utilizzare per accompagnare i genitori nella compilazione di ciascun item proposto dal questionario

- 1) **Nella mia famiglia, si parla dei problemi.** Quando la tua famiglia ha un problema, quanto spesso vi prendete del tempo per parlarne? Quanto spesso si discutono i problemi che la famiglia si trova ad affrontare?
- 2) **Quando litighiamo, la mia famiglia ascolta "entrambi i lati della storia".** Quando ci sono disaccordi in famiglia, ogni persona riesce a esprimere il proprio punto di vista? Quanto spesso?
- 3) **Nella mia famiglia, ci prendiamo il tempo per ascoltarci l'un l'altro.** Quanto spesso i membri della vostra famiglia si prendono il tempo per ascoltarsi?
- 4) **La mia famiglia è unita quando si affronta una situazione stressante.** Quando la famiglia si trova ad affrontare un momento difficile, quanto spesso si collabora per superare il momento difficile?
- 5) **La mia famiglia è in grado di risolvere i nostri problemi.** Quando la tua famiglia ha un problema, quanto spesso si è in grado di trovare soluzioni a questi problemi?
- 6) **Ci sono altre persone che mi ascoltano quando ho bisogno di parlare dei miei problemi.** Quante volte ci sono familiari, amici, vicini di casa o professionisti con cui parlare dei tuoi problemi?
- 7) **Quando mi sento solo, ci sono diverse persone con cui posso parlare.** Hai molti amici, vicini di casa, o professionisti con cui puoi parlare quando sei solo?
- 8) **Non avrei alcuna idea rispetto a chi rivolgermi se la mia famiglia avesse bisogno di cibo o alloggio.** È vero che se la tua famiglia avesse bisogno di cibo o alloggio non sapresti dove trovare aiuto?
- 9) **Non saprei dove andare per chiedere aiuto se avessi difficoltà ad arrivare a fine mese/sbarcare il lunario.** È vero che non sapresti dove trovare assistenza, se avessi bisogno di aiuto per pagare le bollette?
- 10) **Se c'è una situazione critica, ci sono intorno a me persone con cui parlare.** È vero, quando mi trovo di fronte a una situazione di emergenza o a un'urgenza, ho intorno a me persone con cui parlare?
- 11) **Se avessi bisogno di aiuto per trovare un lavoro, non saprei a chi rivolgermi.** È vero che non sapresti a chi rivolgerti se avessi bisogno di cercare lavoro?
- 12) **Ci sono molti momenti in cui, come genitore, non so cosa fare.** È vero che spesso sono incerto ed ho dei dubbi su cosa fare per essere un buon genitore per mio figlio?
- 13) **Io so come aiutare mio figlio ad imparare.** È vero che so come posso aiutare mio figlio ad imparare?
- 14) **Mio figlio si comporta male solo per farmi arrabbiare.** È vero che mio figlio si comporta male solo per farmi arrabbiato?
- 15) **Incoraggio mio figlio quando lui / lei si comporta bene.** Incoraggi tuo figlio/a se si comporta bene? Se tuo figlio/a si comporta bene, gli/le dici che sei felice?





DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

### Scala multidimensionale del sostegno sociale percepito (MsPSS)

Zimet et al. 1988; Prezza, Principato 2002

(Genitori)

Nucleo familiare		Data compilazione (gg/mm/aaaa)	
Compilatore	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Altro: .....		

Di seguito ci sono dodici affermazioni (riguardanti i tuoi rapporti con amici e parenti) con le quali puoi essere: d'accordo (moltissimo, molto, un po') o non d'accordo (moltissimo, molto, un po').

Indica la tua risposta contrassegnando con una **x** la colonna prescelta.

	moltissimo in disaccordo	molto in disaccordo	un po' in disaccordo	un po' d'ac- cor- do	molto d'ac- cor- do	moltissimo d'ac- cor- do
1) C'è una particolare persona che mi è vicina quando ho bisogno						
2) C'è una particolare persona con cui posso condividere le mie gioie e i miei dispiaceri						
3) La mia famiglia cerca veramente di aiutarmi						
4) Ricevo dalla mia famiglia l'aiuto morale e il sostegno di cui ho bisogno						
5) Ho una particolare persona che è un'autentica fonte di conforto per me						
6) I miei amici/amiche cercano veramente di aiutarmi						
7) Posso contare sui miei amici/amiche quando le cose vanno male						
8) Posso parlare dei miei problemi nella mia famiglia						
9) Ho amici/amiche con i quali posso condividere le mie gioie e i miei dispiaceri						
10) C'è una particolare persona nella mia vita che si interessa dei miei sentimenti						
11) La mia famiglia è disponibile ad aiutarmi quando devo prendere decisioni						
12) Posso parlare dei miei problemi con i miei amici/amiche						



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

### Test multidimensionale dell'autostima (TMA)

Beatrice V., Bracken B.A., 2005, Trento, Erickson (ragazzi 9-17 anni)

Nominativo del bambino/ragazzo		Genere	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Data di nascita (gg/mm/aaaa)		Data compilazione (gg/mm/aaaa)	

Leggi le seguenti affermazioni e scegli una delle quattro risposte possibili a seconda di quanto credi che siano «vere» per te. Non ci sono risposte giuste o sbagliate, ma è importante valutare ogni affermazione sulla base delle sensazioni che provoca in te. Rispondi con sincerità. Per dare le risposte, basta segnare una x nella casella corrispondente alla frase che, di volta in volta, corrisponde ai sentimenti che l'affermazione suscita in te.

	Assolutamente vero	Vero	Non è vero	Non è assolutamente vero
1. I miei genitori si preoccupano che io sia felice e stia bene				
2. La mia famiglia mi fa sentire amato				
3. La mia famiglia rovina tutto quello che faccio o che vorrei fare				
4. Nella mia famiglia ci prendiamo cura l'uno dell'altro				
5. Mi sento apprezzato dalla mia famiglia				
6. Mi diverto con la mia famiglia				
7. Vorrei cambiare la mia famiglia con quella di qualcun altro				
8. I miei genitori si interessano a me				
9. I miei genitori non hanno fiducia in me				
10. La mia casa è calda e accogliente				
11. Ai miei genitori non piace avermi intorno				
12. I miei genitori mi aiutano quando ne ho bisogno				
13. Sono un membro importante della mia famiglia				
14. I miei genitori sono orgogliosi di me				
15. La mia famiglia non ha niente di buono				
16. Nulla di ciò che faccio sembra far piacere ai miei genitori				
17. I miei genitori sono sempre presenti quando partecipo a eventi, gare o altre occasioni importanti per me				
18. I miei genitori credono in me				
19. Sono fiero della mia famiglia				
20. I miei genitori si prendono cura della mia educazione				
21. La mia famiglia è una delle cose più importanti della mia vita				
22. I miei genitori mi amano così come sono				
23. Non so perché la mia famiglia sta insieme				
24. I miei genitori pensano al mio futuro				
25. La mia casa non è un luogo felice				

## **BUDGET DI PROGETTO SOSTEGNO GENITORIALE/MEDIAZIONE FAMILIARE**

### **Ambito ECONOMICO DELLA FAMIGLIA**

<b>Descrizione sostegno</b>	<b>Costo Unitario</b>	<b>Costo Mensile</b>

Risorse Pubbliche (STIPENDI/RDC/CONTRIBUTI)		
Risorse Pubbliche (specificare le fonti di finanziamento):	€	€
PROPRIETA' IMMOBILIARI	€	€
Altre risorse	€	€

### **Ambito economico INPS**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Costo Mensile</b>	<b>Costo Annuale</b>
Assegno/pensione/			€	€
Indennità di accompagnamento/indennità frequenza			€	€
Assegno maternità/assegno unico universale				
Altro			€	€

### **Ambito sanitario**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Costo Mensile</b>	<b>Costo Annuale</b>
Prestazioni sanitarie a carattere continuativo			€	€
assistenza domiciliare integrata			€	€
servizio di psicologia/consultorio				
ricoveri in cta			€	€

### **Ambito Comune/distretto socio sanitario**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Costo Mensile</b>	<b>Costo Annuale</b>
Contributi trasporto			€	€
Servizio ASACOM			€	€
Servizio disabili gravi DPRS 589/2018				
contributi legge 22/86			€	€
assistenza domiciliare anziani			€	€
ricovero anziani			€	€

## PRESTAZIONE AVVIATE CON IL PROGETTO

## VERIFICA DEGLI ESITI

Data prima verifica programmata	Strumenti da utilizzare per la verifica
Verifiche successive	Strumenti utilizzati per il rilevamento

## SCHEMA PER LA VERIFICA PER CIASCUN SOSTEGNO

<b>Elenco degli obiettivi dei sostegni:</b>		
<b>Indicatori:</b>		
<b>Esito</b>	1. totalmente raggiunto	
	2. parzialmente raggiunto	
	3. non raggiunto	
<b>Risultati in termini di miglioramento della qualità di vita</b>		

## **Sostegni/obiettivi da riprogrammare in sede di verifica**

## **CONCLUSIONI**

(Descrivere in maniera succinta l'efficacia del progetto)

**COSTO SERVIZIO ATTIVATO**

<b>FIGURA PROFESSIONALE ATTIVA:</b>	<b>COSTO DA PATTO DI ACCREDITAMENTO €</b>
<b>DITTA INDIVIDUATA</b>	
<b>PER TOT SETTIMANE</b>	
<b>COSTO TOTALE SINE IVA     €</b>	<b>CON IVA €</b>



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: [DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM](mailto:DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM)  
PEC: [UFFICIO PIANO 1328.COMUNE GRAVINA CT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIO PIANO 1328.COMUNE GRAVINA CT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB B alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

## Distretto Socio Sanitario 19

COMUNE DI \_\_\_\_\_

ASPCT

Progetto Individuale

ai sensi dell'art. 14 della L. 328/2000

di

\_\_\_\_\_





DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB B alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

### DATI ANAGRAFICI

Cognome	Nome	
Luogo di Nascita	Data di Nascita	Residenza
Care Giver	Tutore - AdS	Medico Curante
Case Manager	Istanza art 14 dell L. 328/2000	
	Data:	

### CERTIFICAZIONI

TIPO	SI	NO
Invalidità art. 3, c. 3, L. 104/1992		
Invalidità civile, sordità civile, cecità civile (specificare anche se con o senza indennità di accompagnamento):		
LEGGE 12 marzo 1999, n. 68 “Norme per il diritto al lavoro dei disabili”		
Riconoscimento disabilità gravissima ex DM 26 settembre 2016		
Altro		

### DATI SULLA SALUTE

Diagnosi principale (ICD10)	
Comorbilità	
Farmaci	
Ausili	
Altro	

### VALUTAZIONE FUNZIONALE E COGNITIVA

Cura della persona, inclusa la gestione di interventi terapeutici	
Mobilità	
Comunicazione e altre aree cognitive	
Aree strumentali e relazionali della vita quotidiana	
Altro	



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: [DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM](mailto:DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM)  
PEC: [UFFICIO PIANO 1328.COMUNE GRAVINA@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIO PIANO 1328.COMUNE GRAVINA@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB B alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

### DATI SOCIO – CULTURALI

<b>Istruzione e percorso scolastico</b>	
<b>Situazione familiare</b> (specificare i membri conviventi, nonché gli eventuali familiari che hanno un ruolo nella gestione della persona con disabilità)	
<b>Condizioni abitative e caratteristiche dell'abitazione</b>	
(indicare il titolo di godimento, la dislocazione nel territorio e l'esistenza o meno di barriere architettoniche interne e/o esterne) o della residenza extrafamiliare	
<b>Disponibilità, anche in prospettiva, di mettere a disposizione un immobile per l'attivazione delle misure ex art. 112/2016</b> (coabitazione con altre persone con disabilità grave)	
<b>Contesto sociale</b>	
<b>Situazione lavorativa</b>	
<b>Altro</b>	



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: [DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM](mailto:DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM)  
PEC: [UFFICIO PIANO 1328.COMUNE GRAVINA@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIO PIANO 1328.COMUNE GRAVINA@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB B alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

## DATI RELATIVI ALLA SITUAZIONE ECONOMICA PERSONALE e FAMILIARE

inclusi i sostegni economici

Descrizione (entità, modalità, ecc.)	
<b>ISEE socio sanitario</b> (fa riferimento solo alla persona con disabilità ed all'eventuale suo coniuge e/o suoi figli)	
<b>ISEE familiare</b> (capacità economica del nucleo familiare anagrafico)	
<b>Pensioni</b>	
<b>Indennità</b>	
Patto di cura gravissimi	
<b>Home care premium - prestazione prevalente</b> (contributo economico per sostenere la spesa per l'assistente domiciliare assunto con contratto di lavoro domestico)	
<b>Reddito di Cittadinanza</b>	
<b>Polizze assicurative</b> finalizzate su rischio morte volte alla tutela della persona beneficiaria del progetto	
<b>Contributi abbattimento barriere architettoniche</b>	
<b>Altro</b>	



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
 UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
 TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
 PEC: [UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB B alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

### PROGETTI/SOSTEGNI in ATTO

	Piano di Sostegno	Elenco dei sostegni previsti dal Piano e descrizione dell'attività svolta	Frequenza (es. giornaliera) e durata di ciascun sostegno	Obiettivo dei sostegni	Finanziamento del Progetto (FNA, fondo sanitario, fondo sociale, fondo l. 68/99, Fondo regionale disabili gravi, Fondo assistenza agli alunni con disabilità, ecc.)
1	Patto di cura disabili gravissimi				
2	Patto di servizio disabili gravi				
3	Centro diurno				
4	Trasporti/contributo trasporti				
5	Bonus care giver				
6	Altro				

### SOSTEGNI ATTIVATI DALLA FAMIGLIA

			Obiettivo del sostegno	Frequenza (es. giornaliera) e durata
1/F				
2/F				



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: [DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM](mailto:DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM)  
PEC: [UFFICIO PIANO 1328.COMUNE GRAVINA@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIO PIANO 1328.COMUNE GRAVINA@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB B alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

### **OBIETTIVI TRASVERSALI AI SOSTEGNI**

OT1
OT2
OT3

### **RICHIESTE/BISOGNI/ASPETTATIVE della persona con riferimento ai domini della qualità di vita**

R1
R2
R3

### **ELABORAZIONE e ANALISI dei DATI**

(emersi dalla VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, individuando facilitatori e/o barriere nell'ambito familiare ed extra familiare)



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: [DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM](mailto:DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM)  
PEC: [UFFICIO PIANO 1328.COMUNE GRAVINA@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIO PIANO 1328.COMUNE GRAVINA@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB B alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

### SPECIFICI SOSTEGNI/PROGETTI PROGRAMMATI

<b>Progetto/sostegno 1</b>	
Modalità di integrazione con eventuali altri piani di sostegno o altri progetti	
Descrizione dell'attività	
Erogatore del sostegno	
Frequenza e durata	
Obiettivo del sostegno	
Indicatore di esito	
Indicazione del Case Manager	

<b>Progetto/sostegno 2</b>	
Modalità di integrazione con eventuali altri piani di sostegno o altri progetti	
Descrizione dell'attività	
Erogatore del sostegno	
Frequenza e durata	
Obiettivo del sostegno	
Indicatore di esito	
Indicazione del Case Manager	

<b>Progetto/sostegno 3</b>	
Modalità di integrazione con eventuali altri piani di sostegno o altri progetti	
Descrizione dell'attività	
Erogatore del sostegno	
Frequenza e durata	
Obiettivo del sostegno	
Indicatore di esito	
Indicazione del Case Manager	
Altro	



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: [DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM](mailto:DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM)  
PEC: [UFFICIO PIANO 1328.COMUNE GRAVINA@CT.AS.N.ITALY](mailto:UFFICIO PIANO 1328.COMUNE GRAVINA@CT.AS.N.ITALY)

ALLEGATO SUB B alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

<b>Progetto/sostegno 4</b>	
Modalità di integrazione con eventuali altri piani di sostegno o altri progetti	
Descrizione dell'attività	
Erogatore del sostegno	
Frequenza e durata	
Obiettivo del sostegno	
Indicatore di esito	
Indicazione del Case Manager	
Altro	

<b>Progetto/sostegno 1/F</b>	
Modalità di integrazione con eventuali altri piani di sostegno o altri progetti	
Descrizione dell'attività	
Erogatore del sostegno	
Frequenza e durata	
Obiettivo del sostegno	
Indicatore di esito	
Indicazione del Case Manager	
Altro	

<b>Progetto/sostegno 2/F</b>	
Modalità di integrazione con eventuali altri piani di sostegno o altri progetti	
Descrizione dell'attività	
Erogatore del sostegno	
Frequenza e durata	
Obiettivo del sostegno	
Indicatore di esito	
Indicazione del Case Manager	
Altro	





DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: [DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM](mailto:DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM)  
PEC: [UFFICIO PIANO 1328.COMUNE GRAVINA@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIO PIANO 1328.COMUNE GRAVINA@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB B alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

### **SOSTEGNI ATTIVABILI con ALTRE RISORSE**

Ambito sanitario	
Ambito sociale	
Ambito informale/Volontariato	
Ambito economico	

**I sostegni sono attivati/attivabili nell'ambito delle risorse disponibili  
(comma 2, art. 14 L. 328/2000)**



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: UFFICIO PIANO 1328.COMUNE GRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB B alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

## BUDGET DI PROGETTO ANNO \_\_\_\_\_

### 1. Ambito socio sanitario

<i>Descrizione sostegno 1</i>	
	<b>Costo Unitario</b>
	<b>Costo Mensile</b>

<i>Descrizione sostegno 1</i>	
Risorse Pubbliche (specificare le fonti di finanziamento):	€
Risorse Personali	€
Altre risorse	€
<b>TOTALE PARZIALE</b>	€

<i>Descrizione sostegno 2</i>	
	<b>Costo Unitario</b>
	<b>Costo Mensile</b>
Risorse Pubbliche (specificare le fonti di finanziamento):	€
Risorse Personali	€
Altre risorse	€
<b>TOTALE PARZIALE</b>	€

<i>Descrizione sostegno 3</i>	
	<b>Costo Unitario</b>
	<b>Costo Mensile</b>
Risorse Pubbliche (specificare le fonti di finanziamento):	€
Risorse Personali	€
Altre risorse	€
<b>TOTALE PARZIALE</b>	€

<i>Descrizione sostegno 4</i>	
	<b>Costo Unitario</b>
	<b>Costo Mensile</b>
Risorse Pubbliche (specificare le fonti di finanziamento):	€
Risorse Personali	€
Altre risorse	€
<b>TOTALE PARZIALE</b>	€

<i>Descrizione sostegno 6</i>	
	<b>Costo Unitario</b>
	<b>Costo Mensile</b>
Risorse Pubbliche (specificare le fonti di finanziamento):	€
Risorse Personali	€
Altre risorse	€
<b>TOTALE PARZIALE</b>	€



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB B alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

### 1. Ambito economico

	SI	NO	Costo Mensile	Costo Annuale
Assegno/pensione			€	€
Indennità di accompagnamento			€	€
Altro				
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>			€	€

### VERIFICA DEGLI ESITI

Data prima verifica programmata	Strumenti da utilizzare per la verifica
Verifiche successive	Strumenti utilizzati per il rilevamento

### Schema per la verifica per ciascun sostegno

Elenco degli obiettivi dei sostegni:		
Indicatori:		
Esito	1. totalmente raggiunto	
	2. parzialmente raggiunto	
	3. non raggiunto	
Risultati in termini di miglioramento della qualità di vita		



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: [DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM](mailto:DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM)  
PEC: [UFFICIO PIANO 1328.COMUNE GRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIO PIANO 1328.COMUNE GRAVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB B alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

### **Sostegni/obiettivi da riprogrammare in sede di verifica**

### **CONCLUSIONI**

(Descrivere in maniera succinta l'efficacia del progetto)



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: [DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM](mailto:DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM)  
PEC: [UFFICIO PIANO 1328.COMUNE GRAVINA@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIO PIANO 1328.COMUNE GRAVINA@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB B alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

### FIRMA COMPONENTI UVM

Componente clinica	Nome e cognome del medico/Servizio (leggibile)	Firma
	Dott.ssa	
Componente clinica	Dott./Dott.ssa	
	Dott./Dott.ssa	
	Dott./Dott.ssa	
	Dott./Dott.ssa	
	Dott./Dott.ssa	
	Dott./Dott.ssa	
Componente sociale	Dott.ssa	
	Dott./Dott.ssa	
	Dott./Dott.ssa	
Altri		

Hanno partecipato/condiviso al/il Progetto

Beneficiario/Tutore	Firma:
Genitori	Firma:
Case Manager	Firma:
Altri	Firma:

Data

### DOCUMENTI ALLEGATI:

Diagnosi funzionale/SVAMDI

Certificazione L.104/92

Certificazione Invalidità

ISEE

Altro \_

## LIMITAZIONI DELL'ATTIVITÀ / RESTRIZIONI DELLA PARTECIPAZIONE E FATTORI AMBIENTALI

L'attività è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo.

La partecipazione è il coinvolgimento in una situazione di vita.

Le limitazioni dell'attività sono le difficoltà che un individuo può incontrare nello svolgere delle attività.

Le **restrizioni alla partecipazione** sono i problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni della vita.

I fattori ambientali costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico, sociale e degli atteggiamenti, in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza.

Il qualificatore performance indica il grado della restrizione nella partecipazione descrivendo l'attuale performance delle persone in un compito o in un'azione nel loro ambiente reale. Poiché l'ambiente reale introduce al contesto sociale, performance può essere intesa come "coinvolgimento in una situazione di vita" o "esperienza vissuta" delle persone nel contesto reale in cui vivono.

Questo contesto include i fattori ambientali - tutti gli aspetti del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti - che possono essere codificati usando la componente Fattori Ambientali. Il qualificatore Performance misura la difficoltà che la persona incontra nel fare le cose, ammesso che le voglia fare.

Il qualificatore capacità indica il grado di limitazione nell'attività descrivendo l'abilità della persona ad eseguire un compito o una azione. Il qualificatore Capacità focalizza l'attenzione sulle limitazioni che sono caratteristiche inerenti o intrinseche delle persone stesse. Queste limitazioni dovrebbero essere manifestazioni dirette dello stato di salute della persona, senza assistenza. Per assistenza intendiamo l'aiuto di un'altra persona, o l'assistenza fornita da un veicolo o da uno strumento adattato o appositamente progettato o qualsiasi modificazione ambientale di una stanza, della casa, del posto di lavoro, ecc. Il livello dovrebbe essere valutato relativamente alle capacità normalmente attese per quella persona o alle capacità della persona prima delle attuali condizioni di salute.

QUALIFICATORI DI ATTIVIT \ E PARTECIPAZIONE		QUALIFICATORI DI FATTORI AMBIENTALI	
Primo qualificatore: <ul style="list-style-type: none"><li>• performance</li><li>• grado di restrizione della partecipazione</li></ul>	Secondo qualificatore: <ul style="list-style-type: none"><li>• capacità (senza influenza dell'ambiente o assistenza)</li><li>• grado di limitazione dell'attività</li></ul>	Qualificatore nell'ambiente: barriere o facilitatori	
<div>0 Nessuna difficoltà significa che la persona non presenta il problema.</div> <div>0 Nessun problema (assente, trascurabile,..., 0-4%).</div> <div>1 Problema lieve (leggera, piccola, ... 5-24%).</div> <div>2 Problema medio (moderato, discreto, ...25-49%)</div> <div>3 Problema grave (notevole, estremo, ....50-95%).</div> <div>4 Problema completo (totale, 96-100%)</div> <div>8 Non specificato significa che l'informazione é insufficiente per specificare la gravita della difficoltà.</div> <div>9 Non applicabile significa che é inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in eta di pre-menarca o di post-menopausa).</div>		<div>0 Nessuna barriera</div> <div>1 Barriera lieve</div> <div>2 Barriera media</div> <div>3 Barriera grave</div> <div>4 Barriera completa</div> <div>9 Barriera, non specificato</div> <div>9 Non applicabile</div>	<div>0 Nessun facilitatore</div> <div>1 Facilitatore lieve</div> <div>2 Facilitatore medio</div> <div>3 Facilitatore sostanziale</div> <div>4 Facilitatore completo</div> <div>8 Facilitatore non specificato</div> <div>9 Non applicabile</div>
		NB: E' possibile inserire fino a 5 codici di Fattori Ambientali per ciascun codice di A&P. Ove fosse necessario inserire Fattori ambientali diversi contenuti nello stesso codice, specificare nello spazio note.	

Breve lista di dimensioni	Fattori Ambientali CODICI E QUALIFICATORI							
	performance	capacità	e310	e315	e340	e575		
<b>D1. APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLA CONOSCENZA</b>								
d110 Guardare								
d115 Ascoltare								
d130 Copiare								
d159 Apprendimento di base								
d166 Leggere								
d169 Scrivere								
d172 Calcolare								
d179 Applicazione delle conoscenze di base								
d175 Risoluzione di problemi								
<b>D2. COMPITI E RICHIESTE GENERALI</b>								
d210 Intraprendere un compito singolo								
d220 Intraprendere compiti articolati								
d230 Eseguire la routine quotidiana								
d240 Gestire la tensione e altre richieste di tipo psicologico								
<b>D3. COMUNICAZIONE</b>								
d310 Comunicare con - ricevere - messaggi verbali								
d315 Comunicare con - ricevere - messaggi non-verbali								
d330 Parlare								
d335 Produrre messaggi non-verbali								
d350 Conversazione								
d360 Utilizzo di apparecchiature e ausili per la comunicazione								
<b>D4. MOBILITÀ</b>								
d410 Cambiare posizione di base								
d430 Sollevare e trasportare oggetti								
d440 Uso fine della mano								

Breve lista di dimensioni	Fattori Ambientali CODICI E QUALIFICATORI							
	performance	capacità	e310	e315	e340	e575		
<b>Attività e partecipazione</b>								
<i>(raccogliere, afferrare)</i>								
<b>d450</b> Camminare								
<b>d455</b> Spostarsi								
<b>d465</b> Spostarsi usando apparecchiature/ausili <i>(sedia a rotelle, pattini, ecc.)</i>								
<b>d475</b> Guidare <i>(andare in bici o motocicletta, guidare l'auto, ecc.)</i>								
<b>D5. CURA DELLA PROPRIA PERSONA</b>								
<b>d510</b> Lavarsi <i>(fare il bagno, asciugarsi, lavarsi le mani, ecc..)</i>								
<b>d520</b> Prendersi cura di singole parti del corpo <i>(lavarsi i denti, radersi, ecc.)</i>								
<b>d530</b> Bisogni corporali								
<b>d540</b> Vestirsi								
<b>d550</b> Mangiare								
<b>d560</b> Bere								
<b>d570</b> Prendersi cura della propria salute								
<b>d571</b> Badare alla propria sicurezza								
<b>D6. VITA DOMESTICA</b>								
<b>d620</b> Procurarsi beni e servizi <i>(fare la spesa, ecc.)</i>								
<b>d630</b> Preparare i pasti <i>(cucinare, etc.)</i>								
<b>d640</b> Fare i lavori di casa <i>(pulire la casa, lavare i piatti, fare il bucato, stirare)</i>								
<b>d660</b> Assistere gli altri								
<b>D7. INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI</b>								
<b>d710</b> Interazioni interpersonali semplici								
<b>d720</b> Interazioni interpersonali complesse								
<b>d730</b> Entrare in relazione con estranei								



Breve lista di dimensioni	Fattori Ambientali CODICI E QUALIFICATORI							
	performance	capacità	e310	e315	e340	e575		
<b>Attività e partecipazione</b>								
<b>d740</b> Relazioni formali								
<b>d750</b> Relazioni sociali informali								
<b>d760</b> Relazioni familiari								
<b>d770</b> Relazioni intime								
<b>D8. AREE DI VITA PRINCIPALI</b>								
<b>d810</b> Istruzione informale								
<b>d830</b> Istruzione superiore								
<b>d840</b> Apprendistato								
<b>d850</b> Lavoro retribuito								
<b>d855</b> Lavoro non retribuito								
<b>d860</b> Transazioni economiche semplici								
<b>d870</b> Autosufficienza economica								
<b>D9. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITÀ</b>								
<b>d910</b> Vita nella comunità								
<b>d920</b> Ricreazione e tempo libero								
<b>d930</b> Religione e spiritualità								
<b>QUALSIASI ALTRA ATTIVITÀ</b>								

## Breve lista di fattori Ambientali

### E1. PRODOTTI E TECNOLOGIA

- e110 Prodotti o sostanze per il consumo personale (*cibo, farmaci*)
- e115 Prodotti e tecnologia per l'uso personale nella vita quotidiana
- e120 Prodotti per la mobilità e il trasporto personale in ambienti interni e esterni
- e125 Prodotti e tecnologia per la comunicazione
- e150 Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per il pubblico utilizzo
- e155 Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per utilizzo privato

### E2. AMBIENTE NATURALE E CAMBIAMENTI EFFETTUATI DALL'UOMO

- e225 Clima
- e240 Luce
- e250 Suono

### E3. RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE

- e310 Famiglia ristretta
- e315 Famiglia allargata
- e320 Amici
- e325 Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità
- e330 Persone in posizione di autorità
- e340 Persone che forniscono aiuto o assistenza
- e355 Operatori sanitari
- e360 Altri operatori

### E4. ATTEGGIAMENTI

- e410 Atteggiamenti individuali dei componenti della famiglia ristretta
- e420 Atteggiamenti individuali degli amici
- e425 Atteggiamenti di conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità
- e430 Atteggiamenti delle persone in posizione di autorità
- e44Q Atteggiamenti individuali di persone che forniscono aiuto o assistenza
- e45Q Atteggiamenti individuali di operatori sanitari
- e455 Atteggiamenti individuali di altri operatori
- e460 Atteggiamenti della società
- e465 Norme sociali, costumi e ideologie

### ES. SERVIZI, SISTEMI E POLITICHE

- e525 Servizi, sistemi e politiche abitative
- e535 Servizi, sistemi e politiche di comunicazione
- e540 Servizi, sistemi e politiche di trasporto
- e54Q Servizi, sistemi e politiche di trasporto
- e550 Servizi, sistemi e politiche legali
- e570 Servizi, sistemi e politiche previdenziali/assistenziali
- e575 Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale generale
- e580 Servizi, sistemi e politiche sanitarie
- e585 Servizi, sistemi e politiche dell'istruzione e della formazione
- e590 Servizi, sistemi e politiche del lavoro

### ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTESTO

Descrizione sintetica di tutti i fattori personali che possono avere un impatto sullo stato funzionale.

Yes. stile di vita, abitudini, contesto sociale, educazione, eventi della vita, razza/etnia, orientamento sessuale e beni dell'individuo, rapporti all'interno della famiglia, con la famiglia allargata, con la comunità (la rete sociale), eventuali problematiche: - il carico assistenziale richiesto dalla persona con disabilità e chi la sostiene in famiglia - gli ostacoli alla partecipazione alla vita comunitaria e allo sviluppo delle autonomie - gli ausili utilizzati o da prevedere].

---

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

1.0 documenti scritti

2.0 soggetto interessato

3. 0 informazioni fornite da altri

4.0 osservazione diretta

Nome e cognome del compilatore \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_

Data |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Firma \_\_\_\_\_

**S.Va.M.Di.  
VALUTAZIONE SOCIALE**

COGNOME E NOME: DATA DI NASCITA: ICICI\_\_I i I\_\_UI

<p>Stato civile:</p> <p>a 1 celibe/nubile</p> <p>a 2 coniugato/a</p> <p>a 3 separato/a</p> <p>a 4 divorziato/a</p> <p>a 5 vedovo/a</p> <p>a 9 non dichiarato</p>	<p>Anni di scolarità n.</p> <p>Scuola frequentata:</p> <p>a 1 materna</p> <p>a 2 elementare</p> <p>a 3 media inferiore</p> <p>a 4 media superiore</p> <p>a 5 diploma universitario</p> <p>a 6 laurea</p> <p>a 7 scuola professionale</p> <p>a 8 sconosciuta</p>	<p>Istruzione:</p> <p>a 1 nessuna</p> <p>a 2 licenza elementare</p> <p>a 3 licenza media inferiore</p> <p>a 4 diploma media superiore</p> <p>a 5 diploma universitario</p> <p>a 6 laurea</p> <p>a 7 scuola professionale</p> <p>a 8 sconosciuta</p>
<p>Paziente ex OP:</p> <p>a 1 no</p> <p>a 2 si</p>		

Esperienza lavorativa	Situazione lavorativa attuale	
a 1no	a 1lavoro dipendente	a 6pensionato/a
a 2si (specificare)	a 2lavoro autonomo	a 7disoccupato/a (per motivi di salute)
_____	a 3 lavoro non retribuito (es. <i>volontariato</i> )	a 8disoccupato/a (per altri motivi)
_____	a 4studente	galtro (specificare)
	a 5casalingo/a	_____

				CERTIFICAZI		3NI											
Invalidita civile		10 si		20 no		Grado riconosciuto:											
Diagnosi di invalidita																	
Necessita di accompagnatore per deambulare										10 si		20 no					
Necessita di assistenza continua										10 si		20 no					
Minore in difficolt				10 si		20 no		Cieco assoluto				10 si		20 no			
Minore ipoacusico				10 si		20 no		Sordomuto				10 si		20 no			
Invalidita INAIL										10 si		20 no					
Persona con disabilita (L. 104/92 art. 3 comma 1)										10 si		20 no					
Persona con disabilita (L. 104/92 art. 3 comma. 3)										10 si		20 no					
Condizione di disabilita per inserimento lavorativo (L. 68/99)										10 si		20 no					
Certificazione L. 104/92 ai fini dell'inserimento scolastico										10 si		20 no					
Persona inabilitata				10 si		20 no		Con amministratore di sostegno				10 si		20 no			
										Persona interdetta				10 si		20 no	

Situazione familiare(fattori ambientali: e310 Famiglia ristretta — e315 Famiglia allargata)										
	cognome e nome	parentela	eta	professione	indirizzo e telefono	lontananza'	intensità attivazione attuale	si occupa di °		
								ADL	ADL	super-visione
1										
2										
3										
4										
6										

Altre persone attive (compreso personale privato) (e340 Persone che forniscono aiuto/assistenza)									
1									
2									

Servizi attivati (e575 Politiche e servizi per il sostegno sociale generale)			
1		3	
2		4	

Valori da inserire:C = coniuge, FI = figlio/a, FR = fratello/sorella, G = genitore, NO = nonno/a, ND = nipote diretto, NI = nipote indiretto, NU = genero/nuora, AL = altro familiare, VI = amici/vicini, C = convivente.

Valori da inserire:V = immediate vicinanze, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora.

°Indicare con una crocetta se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna).



DOMANDA DI INTERVENTO:	
T tipologia della domanda (una sola risposta) a 1 generica a 2 interventi domiciliari a 3 inserimento diurno a 4 ospitalità temporanea riabilitativa a 5 altra ospitalità temporanea a 6 accoglimento in residenza a 7 assistenza scolastica a 8 integrazione lavorativa a 9 altro	La persona è informata della domanda? a 1 sì a 2 no  Contesto Familiare a 1 singolo a 2 famiglia a 3 struttura residenziale O 4 altro
Iniziativa della domanda (una sola risposta) a 1 propria a 2 familiare o affine a 3 soggetto civilmente obbligato a 4 assistente sociale pertinente a 5 medico MMG	
a 6 medico ospedaliero a 7 tutore a 8 amministratore di sostegno a 9 centrale operativa territoriale a 10 altro (specificare _____)	

Medico curante: _____	Tel. _____
-----------------------	------------

PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE:	
Cognome e nome _____ Via _____ Comune _____ Telefono _____ Cellulare _____ Grado di parentela _____	
Prov. ____   ____	

		<b>SITUAZIONE ABITATIVA</b>
<b>TITOLO DI GODIMENTO</b> (una sola risposta) a 1 proprietà a 2 usufrutto a 3 titolo gratuito a 4 non proprio, non in affitto (presso _____)		in affitto da: a 5a privato a 5b pubblico  E' in atto lo sfratto esecutivo? sì O no O
<b>DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO</b> (una sola risposta) <i>rispetto ai servizi pubblici (es.. negozi di alimentari, farmacia, trasporti)</i> a 1 servita a 2 poco servita a 3 isolata		
<b>BARRIERE ARCHITETTONICHE</b> (una sola risposta) a 1 assenti a 2 solo esterne a 3 interne		
piano: ascensore    sì O no O		
<b>GIUDIZIO SINTETICO</b> a 1 <u>abitazione idonea</u> (all'Oggetto privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n° di persone, ben servito) a 2 <u>abitazione parzialmente idonea</u> (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano l'anziano nel corretto utilizzo delle risorse residue o dei servizi) a 3 <u>abitazione non idonea</u> (alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano, e/o sfratti esecutivi, e/o isolato)		

SITUAZIONE ECONOMICA: REDDITO MENSILE	
Assegno — pensione invalidita civile	€         ,00 €
Indennita di accompagnamento	€         ,00 €
Assegno / pensione invalidita INPS	€         ,00 €
Categoria:   n. pensione:	
Altre pensioni	€         ,00 €
Reddito da lavoro	+         ,00 €
Altri redditi	€         ,00 €
Indennita di frequenza	,00 €
Nessuna risorsa	<input type="checkbox"/>
SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO:	€         ,00 €
ISEE (Familiare) VALORE ANNUO	€         ,00 €
ISEE (individuale) VALORE ANNUO	€         ,00 €
Integrazione economica del Comune per l'assistenza:	<input type="checkbox"/> certamente no 0 possibile <input type="checkbox"/> certamente si
NOTE:	

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

1.0 documenti scritti

2.0 soggetto interessato

3.0 informazioni fornite da altri

4. 0 osservazione diretta

Nome e cognome del compilatore

Ruolo

Data | | | | . | | | |

Firma



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

# S.Va.M.Di.

## Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con disabilità Regione Sicilia

Sig./ra

### Attivazione Verifica

Tessera sanitaria

Codice fiscale

Data di nascita

Residenza: via

Tel

Comune Distretto Socio Sanitario n°

Medico di Medicina Generale:

e-mail:

Assistente Sociale: tel.

e-mail: .....

Persona di riferimento ..... tel

e - mail.....

grado di parentela

Data di domanda / /

es. ticket

Sesso Femmina ☐ Maschio ☐

Prov.

tel.

Via

Comune

### DIAGNOSI delle attuali principali condizioni di salute

Indicare la codifica nosologica in codice ICD X ICD X Diagnosi

Diagnosi (Indicare con una X il tipo di diagnosi)

Principale

Comorbidità

1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Valutare tramite CIRS (vedi allegato 5)

Fonte diagnosi:

Paziente

Familiari

M.M.G

Altro



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

## INFORMAZIONI SINTETICHE SULLO STATO DI SALUTE

Altezza: \_\_\_\_\_ cm. Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Sta assumendo qualche farmaco ? : NO ☐ SI ☐

Se sì, specificare i farmaci principali che sta assumendo:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Utilizza qualche ausilio come occhiali, apparecchio acustico, sedia a rotelle ecc.?

☐ NO ☐ SI

Se sì, specificare il tipo di ausilio fornito:

Sta ricevendo qualche tipo di trattamento sanitario per la sua salute? ☐ NO ☐ SI

Se sì, specificare il tipo di assistenza fornito:

Ulteriori informazioni significative sullo stato di salute:

---

---

---

---

## CLUSTER E PROFILI DI GRAVITA' CLUSTER E PROFILI DI FUNZIONAMENTO

### CODIFICA PROGETTO INDIVIDUALE

#### 01 Interventi domiciliari

- ☐ assistenza domiciliare integrata ADI
- ☐ assegno di sollievo
- ☐ aiuto personale L.162/98
- ☐ autonomia personale L.284/97

- ☐ assistenza domiciliare SAD
- ☐ buono servizio per \_\_\_\_\_
- ☐ programma Vita Indipendente

#### 02 ☐ Centro Diurno

#### 03 ☐ trasporto

#### 04 ☐ integrazione lavorativa

#### 04 ☐ progetto inserimento sociale lavorativo

#### 05 ☐ assistenza scolastica

#### 06 ☐ ausili

#### 07 ☐ altro

#### 07 Residenzialità

- ☐ Comunità Alloggio
- ☐ R.S.A.

- ☐ Comunità Residenziale
- ☐ altro



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: [DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19@GMAIL.COM](mailto:DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19@GMAIL.COM)  
PEC: [UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT)

10

## VERBALE U.V.M.D.

COGNOME

NOME

data di nascita / /

**SULLA BASE DELLA DOCUMENTAZIONE AGLI ATTI E DI QUANTO EMERSO DALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, L'U.V.M.D. PRENDE LE SEGUENTI DECISIONI (definizione del progetto complessivo cui concorrono diversi enti e servizi):**

**Referente del progetto:**

**Verifica programmata:**

convocati presenti PARTECIPANTI

Nome

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

6 ☐

7 ☐

8 ☐

Firma

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

6 ☐

7 ☐

8 ☐

Responsabile U.V.M.D.

**DATA:**

**TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE U.V.M.D.**





DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [UFFICIOPIANOL328.COMUNE@AVINACT.LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANOL328.COMUNE@AVINACT.LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

## MENOMAZIONI DELLE FUNZIONI CORPOREE

- Le Funzioni Corporee sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei (incluse le funzioni psicologiche)
- Le Menomazioni sono problemi nella funzione del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significative

**Qualificatore:** Estensione delle menomazioni

**0 Nessuna menomazione** (assente, trascurabile, ..., 0-4%).

**1 Menomazione lieve** (leggera, piccola, ... 5-24%).

**2 Menomazione media** (moderata, discreta, ... 25-49%).

**3 Menomazione grave** (notevole, estrema, ... 50-95%).

**4 Menomazione completa** (totale, 96-100%).

**8 Non specificato** significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione.

**9 Non applicabile** significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di post-menopausa).

## Breve Lista delle Funzioni Corporee

### Qualificatore

### B1. FUNZIONI MENTALI

**b110** Coscienza

**b114** Orientamento (tempo, spazio, persona) (valutata tramite MMSE; Vedi allegato 2)

**b117** Intelletto (compresi Ritardo, Demenza)

**b126** Funzioni del temperamento e della personalità (Valutata tramite NPI Neuropsychiatric Inventory Vedi allegato 4)

**b134** Sonno

**b144** Memoria (Valutata tramite MMSE)

**b147** Funzioni psicomotorie (valutare eventuale rallentamento psicomotorio o agitazione psicomotoria)

**b164** Funzioni cognitive di livello superiore (Valutate tramite MMSE)

**b167** Linguaggio (valutato tramite Anamnesi e MMSE)

### B2. FUNZIONI SENSORIALI E DOLORE

**b210** Vista

**b230** Udito

**b235** Funzioni vestibolari (compreso l'equilibrio)

**b280** Dolore

### B3. FUNZIONI DELLA VOCE E DELL'ELOQUIO

**b310** Voce

**b330** Funzioni della fluidità e del ritmo dell'eloquio

### B4. FUNZIONI DEI SISTEMI CARDIOVASCOLARE, EMATOLOGICO, IMMUNOLOGICO E DELL'APPARATO RESPIRATORIO

**b410** Cuore

**b420** Pressione sanguigna

**b435** Sistema immunologico (allergie, ipersensibilità)

**b440** Respirazione (respiro)

### B5. FUNZIONI DELL'APPARATO DIGERENTE E DEI SISTEMI METABOLICO ED ENDOCRINO

**b515** Digestione

**b525** Alvo

**b530** Mantenimento del peso

**b550** Termoregolazione

**b555** Ghiandole endocrine (alterazioni ormonali)

### B6. FUNZIONI GENITOURINARIE E RIPRODUTTIVE

**b620** Funzioni urinarie

**b640** Funzioni sessuali

**b650** Funzioni mestruali



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: [DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM](mailto:DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM)  
PEC: [UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

## **B7. FUNZIONI NEURO-MUSCOLO-SCHELETRICHE E CORRELATE AL MOVIMENTO**

**b710** Mobilità dell'articolazione

**b730** Forza muscolare

**b735** Tono muscolare

**b760** Funzione di controllo del movimento volontario

**b765** Movimento involontario

## **B8. FUNZIONI DELLA CUTE E DELLE STRUTTURE CORRELATE**

**OGNI ALTRA FUNZIONE CORPOREA**\_\_\_\_\_



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGR.AVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

## PARTE 1b: MENOMAZIONI DELLE STRUTTURE CORPOREE

- Le strutture corporee sono le parti anatomiche del corpo come gli organi, gli arti e le loro componenti.
- Le menomazioni sono problemi nella struttura del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significative.

**Qualificatore:** Estensione delle menomazioni

**0 Nessuna menomazione** (assente, trascurabile, ..., 0-4%).

**1 Menomazione lieve** (leggera, piccola, ... 5-24%).

**2 Menomazione media** (moderata, discreta, ... 25-49%).

**3 Menomazione grave** (notevole, estrema, ... 50-95%).

**4 Menomazione completa** (totale, 96-100%).

**8 Non specificato** significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione.

**9 Non applicabile** significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di post-menopausa).

## Breve Lista delle Strutture Corporee

Qualificatore

**S1. STRUTTURE DEL SISTEMA NERVOSO**

**S2. OCCHIO, ORECCHIO E STRUTTURE CORRELATE**

**S3. STRUTTURE COINVOLTE NELLA VOCE E NELL'ELOQUIO**

**S4. STRUTTURE DEI SISTEMI CARDIOVASCOLARE,  
IMMUNOLOGICO E DELL'APPARATO RESPIRATORIO**

**S5. STRUTTURE CORRELATE ALL'APPARATO DIGERENTE E  
AI SISTEMI METABOLICO ED ENDOCRINO**

**S6. STRUTTURE CORRELATE AL SISTEMA GENITOURINARIO E RIPRODUTTIVO**

**S7. STRUTTURE CORRELATE AL MOVIMENTO**

**S8 CUTE E STRUTTURE CORRELATE**

**OGNI ALTRA STRUTTURA CORPOREA**

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

1. ☐ documenti scritti

2. ☐ soggetto interessato

3. ☐ informazioni fornite da altri

4. ☐ osservazione diretta

Nome e cognome del compilatore

Ruolo

Firma .....

Data



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

## PARTE 2/3: LIMITAZIONI DELL'ATTIVITA' / RESTRIZIONI DELLA PARTECIPAZIONE E FATTORI AMBIENTALI

- L'Attività è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo. La Partecipazione è il coinvolgimento in una situazione di vita.
- Le Limitazioni dell'Attività sono le difficoltà che un individuo può incontrare nello svolgere delle attività. Le Restrizioni alla Partecipazione sono i problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni della vita.
- I fattori ambientali costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico, sociale e degli atteggiamenti, in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza.

Il **qualificatore Performance** indica il **grado della restrizione nella partecipazione** descrivendo l'**attuale performance** delle persone in un compito o in un'azione **nel loro ambiente reale**. Poiché l'ambiente reale introduce al contesto sociale, performance può essere intesa come "coinvolgimento in una situazione di vita" o "esperienza vissuta" delle persone nel contesto reale in cui vivono.

Questo contesto include i fattori ambientali - tutti gli aspetti del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti - che possono essere codificati usando la componente Fattori Ambientali. Il qualificatore Performance misura la difficoltà che la persona incontra nel **fare le cose, ammesso che le voglia fare**.

Il **qualificatore Capacità** indica il grado di limitazione nell'attività descrivendo l'**abilità della persona** ad eseguire un compito o una azione. Il qualificatore Capacità focalizza l'attenzione sulle limitazioni che sono caratteristiche inerenti o intrinseche delle persone stesse. Queste limitazioni dovrebbero essere manifestazioni dirette dello stato di salute della persona, **senza assistenza**. Per assistenza intendiamo l'aiuto di un'altra persona, o l'assistenza fornita da un veicolo o da uno strumento adattato o appositamente progettato o qualsiasi modificazione ambientale di una stanza, della casa, del posto di lavoro, ecc. Il livello dovrebbe essere valutato relativamente alle capacità normalmente attese per quella persona o alle capacità della persona prima delle attuali condizioni di salute.

### QUALIFICATORI DI ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE QUALIFICATORI DI FATTORI AMBIENTALI

**Primo Qualificatore: Performance**

**Grado di restrizione della Partecipazione**

**Secondo Qualificatore: Capacità (senza influenza dell'ambiente o assistenza)**

**Grado di limitazione dell'Attività**

**0 Nessuna difficoltà** significa che la persona non presenta il problema.

**0 Nessun problema** (assente, trascurabile, ..., 0-4%).

**1 Problema lieve** (leggera, piccola, ... 5-24%).

**2 Problema medio** (moderato, discreto, ... 25-49%).

**3 Problema grave** (notevole, estremo, ... 50-95%).

**4 Problema completo** (totale, 96-100%).

**8 Non specificato** significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della difficoltà.

**9 Non applicabile** significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di post-menopausa).





DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

## Breve lista di dimensioni Attività & Partecipazione

### D1. APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLA CONOSCENZA

**d110** guardare

☐☐

**d115** ascoltare

☐☐

**d130** copiare

☐☐

**d166** leggere

☐☐

**d169** scrivere

☐☐

**d172** calcolare

☐☐

(valutato tramite MMSE)

### D3. COMUNICAZIONE

**d310** Comunicare con - ricevere - messaggi verbali

☐☐

**d315** Comunicare con - ricevere - messaggi non-verbali

☐☐

**d330** Parlare

☐☐

**d335** Produrre messaggi non-verbali

☐☐

**d350** Conversazione

☐☐

**d360** utilizzo di apparecchiature e ausili per la comunicazione

☐☐

### D4. MOBILITÀ

**d410** cambiare posizione di base:

☐☐

Immobile a letto ☐

Sdraiato-Assiso ☐

Assiso-Eretto ☐

**d430** Sollevare e trasportare oggetti

☐☐

**d440** Uso fine della mano (raccogliere, afferrare)

☐☐

**d450** Camminare

☐☐

**d455** Spostarsi

☐☐

**d465** Spostarsi usando apparecchiature/ausili (sedia a rotelle, deambulatore, etc.)

☐☐

**d470** Usare un mezzo di trasporto (auto, bus, treno, aereo, ecc.)

☐☐

**d475** Guidare (andare in bici o motocicletta, guidare l'auto, ecc.)

☐☐

### D5. CURA DELLA PROPRIA PERSONA

**d510** Lavarsi (fare il bagno, asciugarsi, lavarsi le mani, ecc.)

☐☐

**d520** Prendersi cura di singole parti del corpo (lavarsi i denti, radersi, ecc.)

☐☐

**d530** Bisogni corporali

☐☐

**d540** Vestirsi

☐☐

**d550** Mangiare

☐☐

**d560** Bere

☐☐

**d570** Prendersi cura della propria salute

☐☐





DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

#### D6. VITA DOMESTICA

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>d620</b> Procurarsi beni e servizi (fare la spesa, ecc.) (valutato tramite IADL)          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>d630</b> Preparare i pasti (cucinare, etc.)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>d640</b> Fare i lavori di casa (pulire la casa, lavare i piatti, fare il bucato, stirare) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>d660</b> Assistere gli altri  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### D8. AREE DI VITA PRINCIPALI

Indicare la voce corrispondente al livello di istruzione dell'assistito:

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| <b>d810</b> Istruzione informale            | <input type="checkbox"/> |
| <b>d820</b> Istruzione scolastica           | <input type="checkbox"/> |
| <b>d830</b> Istruzione superiore            | <input type="checkbox"/> |
| <b>d840</b> Apprendistato                   | <input type="checkbox"/> |
| <b>d850</b> Lavoro retribuito               | <input type="checkbox"/> |
| <b>d855</b> Lavoro non retribuito           | <input type="checkbox"/> |
| <b>d860</b> Transazioni economiche semplici | <input type="checkbox"/> |
| <b>d870</b> Autosufficienza economica       | <input type="checkbox"/> |

#### D9. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITÀ

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>d910</b> Vita nella comunità        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>d920</b> Ricreazione e tempo libero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>d930</b> Religione e spiritualità   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### QUALUNQUE ALTRA ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

- |  |   |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> documenti scritti    | 3. <input type="checkbox"/> informazioni fornite da altri |
| 2. <input type="checkbox"/> soggetto interessato | 4. <input type="checkbox"/> osservazione diretta          |

Nome e cognome del compilatore

Ruolo

Data

Firma .....

"Descrizione sintetica di tutti i Fattori Personali che possono avere un impatto sullo stato funzionale"

( es. stile di vita, abitudini, contesto sociale, educazione, eventi della vita, razza/etnia, orientamento sessuale e beni dell'individuo, rapporti all'interno della famiglia, con la famiglia allargata, con la comunità (la rete sociale), eventuali problematicità - il carico assistenziale richiesto dal disabile e chi lo sostiene in famiglia - gli ostacoli alla partecipazione alla vita comunitaria e allo sviluppo delle autonomie - gli ausili utilizzati o da prevedere)

---

---

---



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

Allegato 1:

## BARTHEL INDEX: VALUTAZIONE DELLA DISABILITA'

Paziente: \_\_\_\_\_ Età: \_\_\_\_\_ Data ing. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Diagnosi: _____ Data dim. ____/____/____ <b>ATTIVITA'</b>	Punteggio Ing.	Punteggio Dim.
<b>Alimentazione</b> 0= incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10= indipendente		
<b>Fare il bagno</b> 0= dipendente 5= indipendente		
<b>Igiene personale</b> 0= necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)		
<b>Vestirsi</b> 0= dipendente 5= necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10= indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni		
<b>Controllo del retto</b> 0= incontinente 5= occasionali incidenti o necessità di aiuto 10= continente		
<b>Controllo della vescica</b> 0= incontinente 5= occasionali incidenti o necessità di aiuto 10= continente		
<b>Trasferimenti nel bagno</b> 0= dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10= indipendente con l'uso del bagno o della padella		
<b>Trasferimenti sedia/letto</b> 0= incapace, no equilibrio da seduto 5= in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10= minima assistenza e supervisione 15= indipendente		
<b>Deambulazione</b> 0= immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10= necessita di aiuto di una persona per > 45 m 15= indipendente per più di 45 m, può usare ausili (es. bastone) ad eccezione del girello		
<b>Salire le scale</b> 0= incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10= indipendente, può usare ausili		
<b>TOTALE ( 0 – 100 )</b>		



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

Allegato 2:

Mini Mental State Evaluation (M.M.S.E.)

Test somministrabile ..... ☐ si ☐ no

In che anno siamo? (0-1) ☐

In che stagione siamo? (0-1) ☐

In che mese siamo? (0-1) ☐

Mi dica la data di oggi? (0-1) ☐

Che giorno della settimana è oggi? (0-1) ☐

Mi dica in che nazione siamo? (0-1) ☐

In quale Regione italiana siamo? (0-1) ☐

In quale città ci troviamo? (0-1) ☐

A che piano siamo? (0-1) ☐

Far ripetere: "pane, casa, gatto". La prima ripetizione dà adito al punteggio.  
Ripetere finché il soggetto esegue correttamente, max 6 volte (0-3) ☐

Far contare a ritroso da 100 togliendo 7 per cinque volte:  
93 ☐ 86 ☐ 72 ☐ 65 ☐

Se non completa questa prova, allora far sillabare all'indietro la parola:  
MONDO: O - D - N - O - M - (0-5) ☐

Chiedere la ripetizione dei tre soggetti precedenti (0-3) ☐

Mostrare un orologio ed una matita chiedendo di dirne il nome (0-2) ☐

Ripetere questa frase: "tigre contro tigre" (0-1) ☐

Prenda questo foglio con la mano destra, lo pieghi e lo metta sul tavolo (0-3) ☐

Legga ed esegua quanto scritto su questo foglio (chiuda gli occhi) (0-1) ☐

Scriva una frase (deve ottenere soggetto e verbo) (0-1) ☐

Copi questo disegno (pentagoni intrecciati)\* (0-1) ☐

Punteggio Totale ..... \_\_\_\_\_

Punteggio totale corretto per età e scolarità\*\*... \_\_\_\_\_

Punteggio massimo totale = 30

\* Disegno:

\*\*Coefficienti di aggiustamento del MMSE per classi di età ed educazione nella popolazione italiana.

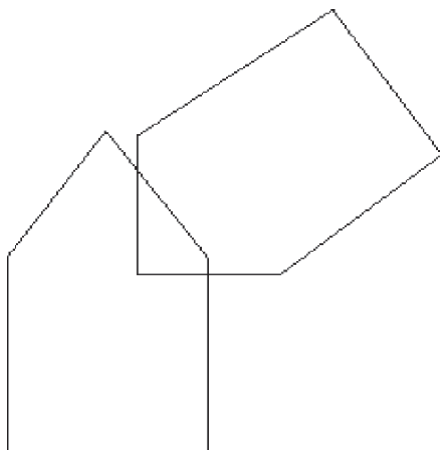
Intervallo di età	65 - 69	70 -74	75 – 79	80 – 84	
85 – 89					
Anni di Scolarizzazione					
0 – 4 anni	+0,4	+0,7	+1,0	+1,5	+2,2
5 – 7 anni	-1,1	-0,7	-0,3	+0,4	+1,4
8 – 12 anni	-2,0	-1,6	-1,0	-0,3	+0,8
13 – 17 anni	-2,8	-2,3	-1,7	-0,9	+0,3

Il coefficiente va aggiunto (o sottratto) al punteggio grezzo del MMSE per ottenere il punteggio aggiustato.



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA**  
**UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA**  
**TEL 095/7447121 MAIL: [DISTRETTOSOCIOSANITARIO19@GMAIL.COM](mailto:DISTRETTOSOCIOSANITARIO19@GMAIL.COM)**  
**PEC: [UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT)**

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000





DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

Allegato 3:

Per il calcolo dell'indice **IADL (INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING)** si ricorre a una scala semplificata che prevede l'assegnazione di un punto per ciascuna funzione indipendente così da ottenere un risultato totale di performance che varia da 0 (completa dipendenza) a 8 (indipendenza in tutte le funzioni).

Per l'attribuzione del punteggio si utilizzano le seguenti istruzioni:

**IADL**  
**(INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING)**

**A) USARE IL TELEFONO**

- |  |          |
|--|----------|
| 1) Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero e lo compone | <b>1</b> |
| 2) Compone solo alcuni numeri ben conosciuti                           | <b>1</b> |
| 3) E' in grado di rispondere al telefono, ma non compone i numeri      | <b>1</b> |
| 4) Non è capace di usare il telefono                                   | <b>0</b> |

**B) FARE LA SPESA**

- |  |          |
|--|----------|
| 1) Si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi | <b>1</b> |
| 2) E' in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi                     | <b>0</b> |
| 3) Necessita di essere accompagnato per qualsiasi acquisto nei negozi        | <b>0</b> |
| 4) E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi                         | <b>0</b> |

**C) PREPARARE IL CIBO**

- |   |          |
|---|----------|
| 1) Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati             | <b>1</b> |
| 2) Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti        | <b>0</b> |
| 3) Scalda pasti preparati o prepara cibi ma non mantiene dieta adeguata | <b>0</b> |
| 4) Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti                         | <b>0</b> |

**D) GOVERNO della CASA**

- |   |          |
|---|----------|
| 1) Mantiene la casa da solo o con occasionale aiuto (ad es. lavori pesanti) | <b>1</b> |
| 2) Esegue solo compiti quotidiani leggeri ma livello di pulizia non suffic. | <b>1</b> |
| 3) Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa             | <b>0</b> |
| 4) Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa                 | <b>0</b> |

**E) FARE IL BUCATO**

- |  |          |
|--|----------|
| 1) Fa il bucato personalmente e completamente      | <b>1</b> |
| 2) Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)        | <b>1</b> |
| 3) Tutta la biancheria deve essere lavata da altri | <b>0</b> |

**F) MEZZI di TRASPORTO**

- |   |          |
|---|----------|
| 1) Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto | <b>1</b> |
| 2) Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici     | <b>1</b> |
| 3) Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato         | <b>1</b> |
| 4) Può spostarsi solo con taxi o auto e solo con assistenza     | <b>0</b> |
| 5) Non si sposta per niente                                     | <b>0</b> |

**G) ASSUNZIONE FARMACI**

- |  |          |
|--|----------|
| 1) Prende le medicine che gli sono state prescritte                    | <b>1</b> |
| 2) Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi Separate | <b>0</b> |
| 3) Non è in grado di prendere le medicine da solo                      | <b>0</b> |

**H) USO DEL DENARO**

- |   |          |
|---|----------|
| 1) Maneggia le proprie finanze in modo indipendente | <b>1</b> |
| 2) E' in grado di fare piccoli acquisti             | <b>1</b> |
| 3) E' incapace di maneggiare i soldi                | <b>0</b> |

**PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F+G+H) /8**





DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

Allegato 4:

#### UCLA NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

- 1. Il questionario verrà applicato obbligatoriamente SOLO nei casi di pazienti affetti da problemi Neuropsichiatrici di diversa origine, in caso contrario tale approfondimento rimarrà facoltativo.**
2. Le informazioni vanno raccolte con la persona che vive vicino al paziente (familiare o personale se degente in casa di riposo o istituti da vari mesi) e possono essere verificate interrogando od osservando il paziente stesso.
3. Le domande vanno poste esattamente come sono scritte, solo se il caregiver non le capisce si possono fornire delucidazioni.
4. Le domande si riferiscono sempre a modificazioni insorte dopo l'esordio della malattia. Non vanno registrate quelle caratteristiche legate alla situazione premorbose del paziente (depressione, ansietà) che non si sono modificate dopo l'esordio della malattia. **Le domande devono riferirsi alla situazione del paziente nelle 6 settimane precedenti all'intervista.**
5. Se alla domanda di screening viene risposto di no non bisogna procedere con le altre domande pertinenti alla stessa sezione. Se la risposta è invece positiva si proceda con le altre domande che vanno registrate solo se confermano la domanda di screening. In alcune circostanze specifiche potrebbe verificarsi il fatto che alcune delle sezioni non siano applicabili al paziente per la presenza di condizioni mediche interferenti con le risposte. Per esempio i pazienti allettati potrebbero presentare deliri e allucinazioni ma non presentare comportamenti motori aberranti per via delle limitazioni fisiche. In questi casi speciali l'intervistatore deve segnalare la non applicabilità della scala (N.A.). Lo stesso vale se esistano evidenti discrepanze tra quanto osservabile e quanto segnalato dal caregiver o se le risposte fornite alla sezione non vengano ritenute valide.
6. Per la determinazione della frequenza e durata dei problemi comportamentali si deve far riferimento alla legenda del questionario. Si faccia riferimento, aggiuntivamente, come paragone di frequenza e gravità al più aberrante comportamento del paziente che sia risultato dalle domande successive a quella di screening per ogni sezione del questionario.
7. Se dovesse capitare che il caregiver, dopo aver dato risposta affermativa alla domanda di screening, fornisca a tutte le successive domande della sezione una risposta negativa bisogna chiedere al caregiver di spiegare in che cosa consista il problema comportamentale. Se si tratta di una erronea interpretazione della domanda (cioè non esistono rilevanti disturbi pertinenti al tipo di problema neuropsichiatrico investigato dalla sezione) si segni NO alla domanda di screening. Se invece il problema comportamentale è presente ma viene espresso con termini diversi da quelli delle domande si deve attribuire il punteggio come di solito, cercando di far rientrare i problemi espressi nelle domande formulate nel questionario.
8. Per la valutazione della frequenza delle manifestazioni si chieda, alla fine delle domande di ciascuna sezione: "Ora vorrei sapere con quale frequenza sono presenti questi problemi (riferendosi inizialmente alla manifestazione neuropsichiatrica più grave rilevata per ogni sezione)".
9. Per la valutazione della gravità delle manifestazioni si chieda, alla fine delle domande di ciascuna sezione: "Ora vorrei sapere questi comportamenti quanto sono gravi, vorrei che mi riferisse la gravità riferendosi al grado di coinvolgimento e di disabilità sperimentato dal suo congiunto (od assistito)".
10. Per lo stress emotivo o psicologico del caregiver si chiede "Ora mi indichi quale stress o disagio le hanno provocato questi comportamenti descritti"

La versione proposta è quella validata dal Gruppo di Ricerca Geriatrica (Binetti G, Mega MS, Magni E, Padovani A, Rozzini L, Bianchetti A, Cummings J, Trabucchi M: *Behavioral disorders in Alzheimer's Disease: a transcultural perspective. Arch Neurol* 1998; 55:539-544; Bianchetti A, Mettieri T: *Il controllo farmacologico dei sintomi comportamentali. Geriatria* 11(S1): 89-98)



N.A.	Frequenza (a)	Gravità (b)	a x b	Distress
<b>Deliri</b>	[ ] [0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Allucinazioni</b>	[ ] [0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Agitazione</b>	[ ] [0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Depressione/disforia</b>	[ ] [0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Ansia</b>	[ ] [0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Euforia/esaltazione</b>	[ ] [0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Apatia/indifferenza</b>	[ ] [0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Disinibizione</b>	[ ] [0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Irritabilità/labilità</b>	[ ] [0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Attività motoria</b>	[ ] [0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Sonno</b>	[ ] [0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
<b>Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione</b>	[ ] [0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	_____	[0] [1] [2] [3] [4] [5]

Gravità 1=lievi (non producono disturbo al paziente).  
2=moderati (comportano disturbo per il paziente).  
3=severi (richiedono la somministrazione di farmaci; sono molto disturbanti per il paziente).

Stress emotivo o psicologico

0= Nessuno  
1= Minimo  
2= Lieve  
3= Moderato  
4= Severo  
5= Grave





DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

## A. Deliri

(NA)

Il paziente crede cose che non sono vere? Per esempio, insiste sul fatto che qualcuno sta cercando di fargli del male o di rubargli qualcosa. Dice che i componenti della famiglia non sono chi dicono di essere, o che la casa non è la sua? Non mi riferisco a semplice sospettosità; siamo interessati a sapere se il paziente sia convinto che queste cose gli stiano realmente accadendo.

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente crede di essere in pericolo o che qualcuno voglia fargli del male ? \_\_\_\_\_
2. Il paziente crede che qualcuno lo stia derubando? \_\_\_\_\_
3. Il paziente crede che il/la proprio/a marito/moglie lo tradisca? \_\_\_\_\_
4. Il paziente crede che ospiti indesiderati vivano nella sua casa? \_\_\_\_\_
5. Il paziente crede che il/la proprio/a marito/moglie od altre persone non siano in realtà chi dicono di essere? \_\_\_\_\_
6. Il paziente crede che la propria abitazione non sia casa propria? \_\_\_\_\_
7. Il paziente crede che i familiari vogliano abbandonarlo? \_\_\_\_\_
8. Il paziente crede che le immagini della televisione o le fotografie delle riviste siano realmente presenti in casa? [Cerca di interagire con esse?] \_\_\_\_\_
9. Il paziente crede altre cose insolite di cui non le ho chiesto? \_\_\_\_\_

### Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - una o più volte al giorno

### Gravità:

1. Lievi: deliri presenti ma sembrano innocui e producono poco disturbo al paziente
2. Moderati: i deliri sono disturbanti e dirompenti
3. Marcati: i deliri sono molto distruttivi e rappresentano una delle principali cause dei disturbi comportamentali. [Se sono prescritti farmaci sedativi ciò costituisce un indice di marcata gravità dei deliri].

### Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

## B. Allucinazioni

(NA)

Il paziente ha allucinazioni, cioè vede o sente cose che non esistono? Sembra vedere, sentire o provare cose non presenti? Con questa domanda non intendiamo solamente convinzioni sbagliate, cioè affermare che una persona morta sia ancora viva; piuttosto vogliamo sapere se il paziente presenta la percezione non normale di suoni o di visioni.

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente dice di sentire delle voci o si comporta come se le sentisse? \_\_\_\_\_
2. Il paziente parla con persone che non sono presenti? \_\_\_\_\_
3. Il paziente riferisce di vedere cose che gli altri non vedono o si comporta come se vedesse cose che gli altri non vedono (come persone, animali, luci..)? \_\_\_\_\_
4. Il paziente dice di sentire odori che gli altri non sentono? \_\_\_\_\_
5. Il paziente riferisce di sentire cose che strisciano o lo toccano sulla pelle? \_\_\_\_\_
6. Il paziente riferisce di percepire sapori senza una causa nota? \_\_\_\_\_
7. Il paziente riferisce altre esperienze sensoriali insolite? \_\_\_\_\_

### Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - una o più volte al giorno

### Gravità:

1. Lievi: allucinazioni presenti ma sembrano innocue e producono poco disturbo al paziente
2. Moderate: le allucinazioni sono disturbanti e dirompenti.
3. Marcate: le allucinazioni sono molto distruttive e rappresentano una delle principali cause dei disturbi comportamentali. Farmaci sedativi potrebbero essere necessari per controllare le allucinazioni.

### Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

### C. Agitazione/Aggressività

(NA)

Il paziente ha periodi durante i quali rifiuta di collaborare o durante i quali non si lascia aiutare dagli altri? È difficile da gestire?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente diviene irritato con chi cerca di assisterlo o resiste ad attività come il bagno od il cambio dei vestiti? \_\_\_\_\_
2. Il paziente è ostinato, volendo le cose fatte a modo suo? \_\_\_\_\_
3. Il paziente non collabora, resiste se aiutato da altri? \_\_\_\_\_
4. Il paziente presenta altri comportamenti che rendono difficoltosa la sua gestione? \_\_\_\_\_
5. Il paziente grida o bestemmia in modo arrabbiato? \_\_\_\_\_
6. Il paziente sbatte le porte, dà calci ai mobili, lancia gli oggetti? \_\_\_\_\_
7. Il paziente tenta di far male o di colpire gli altri? \_\_\_\_\_
8. Il paziente presenta altri comportamenti aggressivi o altre forme di agitazione? \_\_\_\_\_

#### Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - una o più volte al giorno

#### Gravità:

1. Lieve: il comportamento è disturbante ma può essere controllato con supervisione o rassicurazioni.
2. Moderata: comportamento disturbante e difficile da sviare o controllare.
3. Marcata: l'agitazione è molto disturbante e rappresenta uno dei problemi principali; può esserci pericolo per la sicurezza personale. I farmaci sono spesso necessari.

#### Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

#### D. Depressione/Disforia

(NA)

Il paziente sembra essere triste o depresso? Dice di sentirsi triste o depresso?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente ha dei periodi di malinconia o di pianto che sembrano indicare tristezza? \_\_\_\_\_
2. Il paziente parla o si comporta come se fosse triste o giù di corda? \_\_\_\_\_
3. Il paziente si abbatte o dice di sentirsi un fallito? \_\_\_\_\_
4. Il paziente dice di essere una persona cattiva o si aspetta di essere punito? \_\_\_\_\_
5. Il paziente sembra molto scoraggiato o dice di non avere speranze per il futuro? \_\_\_\_\_
6. Il paziente dice di essere un peso per la propria famiglia o che la propria famiglia starebbe meglio senza di lui? \_\_\_\_\_
7. Il paziente dice di desiderare la morte o dice di volersi uccidere? \_\_\_\_\_
8. Il paziente presenta altri segni di depressione o di tristezza? \_\_\_\_\_

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: la depressione è disturbante ma può essere controllata con supervisione o assicurazioni.
2. Moderata: la depressione è disturbante, i sintomi depressivi sono espressi spontaneamente dal paziente e sono difficili da alleviare.
3. Marcato: la depressione è molto disturbante e rappresenta uno delle principali cause di sofferenza per il paziente.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave





DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: UFFICIOPIANO1328.COMUNE@GRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

## E. Ansia

(NA)

Il paziente è molto nervoso, allarmato, spaventato senza veri motivi? Sembra molto teso o agitato? È impaurito dal rimanere lontano da voi?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande)

1. Il paziente dice di essere allarmato per le cose che succederanno nel futuro? \_\_\_\_\_
2. Il paziente ha dei momenti in cui si sente debole, incapace di rilassarsi oppure si sente eccessivamente teso? \_\_\_\_\_
3. Il paziente ha momenti (o si lamenta) di respiro corto, è ansimante, sospirante senza apparente ragione se non nervosismo? \_\_\_\_\_
4. Il paziente si lamenta di avere le "rane" nello stomaco, di batticuore quando è nervoso (Sintomi non spiegabili da malattie)? \_\_\_\_\_
5. Il paziente evita certi posti o situazioni che lo rendono più nervoso, quali viaggiare in automobile, incontrare amici oppure stare tra la folla? \_\_\_\_\_
6. Il paziente diventa nervoso e disturbato se viene separato da voi (o da chi lo assiste)? [Vi sta accanto per evitare la separazione?] \_\_\_\_\_
7. Il paziente manifesta altri segni di ansia? \_\_\_\_\_

Se alla domanda di screening viene risposto affermativamente, determinare la frequenza e la gravità dell'ansia.

### Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

### Gravità

1. Lieve: l'ansia è disturbante ma può essere controllata con supervisione o rassicurazioni.
2. Moderata: l'ansia è disturbante, i sintomi ansiosi sono espressi spontaneamente dal paziente e sono difficili da alleviare.
3. Marcato: l'ansia è molto disturbante e rappresenta una delle principali cause di sofferenza per il paziente.

### Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

## F. Esaltazione/Euforia

(NA)

Il paziente è eccessivamente felice o allegro senza motivo? Non si intende la normale felicità mostrata alla vista di amici, quando si ricevono regali, o quando si sta coi parenti. Vi sto chiedendo se il paziente ha un persistente ed anormale stato di euforia o se trova ridicole cose che gli altri non trovano divertenti.

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente sembra sentirsi eccessivamente bene o essere troppo felice, in modo differente dal solito? \_\_\_\_\_
2. Il paziente trova ridicole e ride per cose che altri non ritengono spiritose? \_\_\_\_\_
3. Il paziente ha un senso dell'umorismo da bambino con la tendenza a ridacchiare o ridere quando non è il caso (come per esempio quando qualche contrattempo colpisce altre persone)? \_\_\_\_\_
4. Il paziente fa degli scherzi o compie osservazioni che sono poco spiritose ma che lui pensa divertenti? \_\_\_\_\_
5. Il paziente compie scherzi come dare pizzicotti oppure fa dei giochetti solo per divertimento? \_\_\_\_\_
6. Si vanta o dice di essere molto più bravo o più ricco di quanto sia veramente? \_\_\_\_\_
7. Il paziente mostra altri segni che indicano che si sente troppo bene o troppo felice? \_\_\_\_\_

Se alla domanda di screening viene risposto affermativamente, determinare la frequenza e la gravità dell'esaltazione/euforia.

### Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

### Gravità:

1. Lieve: l' esaltazione è evidente ma non dirompente
2. Moderata: l' esaltazione è evidentemente anormale.
3. Marcato: l'esaltazione è molto pronunciata; il paziente è euforico e trova quasi tutto ridicolo.

### Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

### G. Apatia/Indifferenza

(NA)

Il paziente ha interesse verso il mondo che lo circonda? Ha perso interesse nel fare le cose o è meno motivato ad iniziare cose nuove? Il paziente ha difficoltà nell'introdursi in conversazioni o nelle faccende di casa? Il paziente è apatico o indifferente?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente è meno spontaneo o meno attivo del solito? \_\_\_\_\_
2. Il paziente è meno disponibile ad iniziare conversazioni? \_\_\_\_\_
3. Il paziente si comporta meno affettuosamente o mostra perdita delle emozioni rispetto al solito? \_\_\_\_\_
4. Il paziente contribuisce meno alle faccende di casa? \_\_\_\_\_
5. Il paziente sembra meno interessato alle attività ed ai progetti degli altri? \_\_\_\_\_
6. Il paziente ha perso interesse verso gli amici ed i parenti? \_\_\_\_\_
7. Il paziente è meno entusiasta dei suoi interessi? \_\_\_\_\_
8. Il paziente mostra altri segni di noncuranza nel fare cose nuove? \_\_\_\_\_

#### Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

#### Gravità:

1. Lieve: l'apatia è evidente ma produce poca interferenza con la routine di tutti i giorni; solo lievemente differente dal comportamento abituale del paziente; il paziente risponde a stimolazioni ed è coinvolto in attività.
2. Moderata: l'apatia è molto evidente; può essere superata con l'incoraggiamento e la persuasione del caregiver; risponde spontaneamente solo ad eventi importanti quali visite di parenti o di famigliari.
3. Marcato: l'apatia è molto evidente ed usualmente non risponde ad alcun incoraggiamento od evento esterno.

#### Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave





DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

## H. Disinibizione (NA)

Il paziente sembra agire impulsivamente senza pensarci? Fa o dice cose che di solito non dice o non fa in pubblico? Fa cose imbarazzanti per voi o per altri?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente agisce impulsivamente senza apparentemente considerare le conseguenze? \_\_\_\_\_
2. Il paziente parla ad estranei come se li conoscesse? \_\_\_\_\_
3. Il paziente dice delle cose offensive od irrispettose? \_\_\_\_\_
4. Il paziente dice cose volgari o fa apprezzamenti sessuali che di solito non faceva? \_\_\_\_\_
5. Il paziente parla apertamente di cose private che di solito non discuteva in pubblico? \_\_\_\_\_
6. Il paziente si prende delle libertà o tocca oppure abbraccia altre persone in modo diverso dal solito comportamento? \_\_\_\_\_
7. Il paziente mostra altri segni di disinibizione? \_\_\_\_\_

### Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

### Gravità:

1. Lieve: la disinibizione è evidente ma usualmente risponde alle correzioni.
2. Moderata: la disinibizione è molto evidente e difficile da superare da parte del caregiver.
3. Marcato: la disinibizione solitamente non risponde ad interventi da parte del caregiver ed è fonte di imbarazzo o di difficoltà sociali.

### Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

## I. Irritabilità/Labilità

(NA)

Il paziente si irrita o si arrabbia con facilità? Il suo umore è molto variabile? È impaziente in modo anormale? Non intendiamo frustrazione per le difficoltà di memoria o l'incapacità di compiere semplici operazioni; vogliamo sapere se il paziente presenta un'irritabilità anomala, impazienza o rapidi cambiamenti di umore che si differenziano dal solito.

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente ha un brutto carattere, "perde le staffe" per piccole cose? \_\_\_\_\_
2. Il paziente presenta rapidi cambiamenti di umore, passando dalla serenità alla rabbia? \_\_\_\_\_
3. Il paziente presenta improvvisi momenti di rabbia? \_\_\_\_\_
4. Il paziente è insofferente, si innervosisce per i ritardi o attende ansiosamente di portare a termine le cose che aveva programmato? \_\_\_\_\_
5. Il paziente è irritabile e nervoso? \_\_\_\_\_
6. Il paziente borbotta frequentemente e risulta difficile sopportarlo? \_\_\_\_\_
7. Il paziente presenta altri segni di irritabilità? \_\_\_\_\_

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: la irritabilità o la labilità è evidente ma usualmente risponde alle correzioni ed alle rassicurazioni.
2. Moderata: la irritabilità o la labilità è molto evidente e difficile da controllare da parte del caregiver.
3. Marcato: la irritabilità o la labilità sono molto evidenti; solitamente non rispondono ad interventi da parte del caregiver e sono uno dei principali problemi.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

## J. Comportamento motorio aberrante

(NA)

Il paziente continua a camminare, continua a fare e rifare le stesse cose come aprire gli armadi o i cassetti, oppure sposta in continuazione gli oggetti o attorciglia le stringhe od i lacci?

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Il paziente cammina per la casa senza un preciso scopo? \_\_\_\_\_
2. Il paziente si aggira per la casa aprendo e rovistando cassetti ed armadi? \_\_\_\_\_
3. Il paziente continua a mettere e togliersi i vestiti? \_\_\_\_\_
4. Il paziente fa azioni o particolari movimenti che continua a ripetere? \_\_\_\_\_
5. Il paziente tende a ripetere continuamente determinati gesti quali abbottonarsi, afferrare, slacciarsi le stringhe ecc.? \_\_\_\_\_
6. Il paziente si agita eccessivamente, sembra incapace di star seduto, o fa saltellare in modo eccessivo i piedi o le dita? \_\_\_\_\_
7. Il paziente presenta altre attività ripetitive? \_\_\_\_\_

### Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

### Gravità:

1. Lieve: l'attività motoria anomala è evidente ma interferisce poco con le attività quotidiane.
2. Moderata: l'attività motoria anomala è molto evidente; può essere controllato da parte del caregiver.
3. Marcata: l'attività motoria anomala è molto evidente, di solito non risponde a nessun intervento da parte del caregiver e rappresenta uno dei problemi principali.

### Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

#### K. Sonno

(NA)

Il paziente presenta disturbi del sonno? Sta alzato, vaga per la casa durante la notte, si veste e si sveste, disturba il sonno dei familiari? [Non è da considerare se il paziente si alza due o tre volte per notte, per andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente]

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Presenta difficoltà ad addormentarsi? \_\_\_\_\_
2. Si alza spesso volte durante la notte? [Non è da considerare se il paziente si alza due o tre volte per notte per andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente] \_\_\_\_\_
3. Vaga per la casa o svolge attività inopportune? \_\_\_\_\_
4. Disturba i familiari e li tiene svegli? \_\_\_\_\_
5. Si veste e vuole uscire di casa credendo che sia mattina? \_\_\_\_\_
6. Si sveglia molto presto al mattino [rispetto alle sue abitudini]? \_\_\_\_\_
7. Dorme eccessivamente durante il giorno? \_\_\_\_\_
8. Il Paziente presenta altri disturbi notturni che le provocano fastidio e che non le ho nominato? \_\_\_\_\_

#### Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

#### Gravità:

1. Lieve: le alterazioni del sonno sono presenti ma non particolarmente disturbanti.
2. Moderata: le alterazioni del sonno sono disturbanti per il paziente e per il sonno dei suoi familiari, può essere presente più di un tipo di disturbo.
3. Marcata: le alterazioni del sonno sono particolarmente disturbanti sia per il paziente che per il sonno dei suoi familiari, numerosi tipi di disturbi notturni possono essere presenti.

#### Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave





DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

## L. Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione

(NA)

Il paziente presenta disturbi dell'alimentazione come alterazioni dell'appetito, alterazioni delle abitudini o delle preferenze alimentari. Ha subito variazioni di peso? [Se è incapace ad alimentarsi rispondere NA]

NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

SÌ (procedere con le seguenti domande).

1. Presenta perdita dell'appetito? \_\_\_\_\_
2. Presenta aumento dell'appetito? \_\_\_\_\_
3. Presenta diminuzione di peso? \_\_\_\_\_
4. Presenta aumento di peso? \_\_\_\_\_
5. Ha cambiato le sue abitudini alimentari (per esempio, mangia voracemente).? \_\_\_\_\_
6. Presenta cambiamenti di gusto riguardo ai tipi di cibo che gli/le piacevano ( per esempio, mangia molti alimenti dolci o preferisce un cibo particolare)? \_\_\_\_\_
7. Ha sviluppato specifiche abitudini, come mangiare sempre le stesse cose ogni giorno o sempre nello stesso ordine? \_\_\_\_\_
8. Il paziente presenta altri disturbi dell'appetito o dell'alimentazione che non le ho nominato? \_\_\_\_\_

### Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

### Gravità:

1. Lieve: i disturbi dell'appetito sono presenti ma non hanno causato alterazioni del peso del paziente.
2. Moderata: i disturbi dell'appetito sono presenti ed hanno causato lievi fluttuazioni del peso del paziente.
3. Marcata: i disturbi dell'appetito sono presenti, hanno causato importanti variazioni di peso del paziente e sono disturbanti.

### Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM  
PEC: [UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

Allegato 5:

**Indice di Comorbidità (CIRS)**

**Patologie Cardiache** (solo cuore)

1 2 3 4 5

*Diagnosi*

---

---

**Iperensione** (si valuta la severità, gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)

1 2 3 4 5

*Diagnosi*

---

---

**Apparato vascolare** (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)

1 2 3 4 5

*Diagnosi*

---

---

**Apparato respiratorio** (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)

1 2 3 4 5

*Diagnosi*

---

---

**Occhi / O.R.L.** (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)

1 2 3 4 5

*Diagnosi*

---

---

**Apparato digerente tratto superiore** (esofago, stomaco, vie biliari-epato-pancreatiche; escluso diabete)

1 2 3 4 5

*Diagnosi*

---

---

**Apparato digerente tratto inferiore** (intestino, ernie)

1 2 3 4 5

*Diagnosi*

---

---

**Fegato**

1 2 3 4 5

*Diagnosi*

---

---

**Rene**

1 2 3 4 5

*Diagnosi*

---

---

**Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie** (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)

1 2 3 4 5

*Diagnosi*

---

---

**Apparato Muscolo-Scheletro e Cute** (muscoli, scheletro, tegumenti)

1 2 3 4 5

*Diagnosi*

---

---



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7447121 MAIL: [DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM](mailto:DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM)  
PEC: [UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRVINACT@LEGALMAIL.IT](mailto:UFFICIOPIANO1328.COMUNEGRVINACT@LEGALMAIL.IT)

ALLEGATO SUB B alla Delibera n. 2/2023 - Scheda di progetto individuale Art 14 Legge 328/2000

\_\_\_\_\_  
**Patologie sistema nervoso** (sistema nervoso centrale e periferico;  
non include la demenza) 1 2 3 4 5

*Diagnosi*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Patologie sistema Endocrino-Metabolico** (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici) 1 2 3 4 5

*Diagnosi*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Stato mentale e comportamentale** (include demenza, depressione, ansia,  
agitazione, psicosi) 1 2 3 4 5

*Diagnosi*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Patologia principalmente invalidante**

**Quando è sorta?**

Meno di 1 mese

Da 1 a 2 mesi

Da 2 a 3 mesi

Da 3 a 6 mesi

Più di 6 mesi