



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato alla Delib.G.R. n. 11/32 del 11.3.2026

Linee di indirizzo per il procedimento per la formazione del “Progetto di Vita”

Premessa

Come previsto dalla legge regionale 8 maggio 2025, n. 12 (Legge di stabilità regionale 2025), art. 2, comma 20, *“Ai fini della sperimentazione di cui all'articolo 33 del decreto legislativo n. 62 del 2024, il procedimento per la formazione del progetto di vita, da concludersi entro centoventi giorni dalla presentazione dell'istanza da parte della persona con disabilità, è definito negli accordi interistituzionali di collaborazione organizzativa e professionale stipulati tra l'ente gestore dell'ambito territoriale sociale e le aziende sanitarie locali”*.

Il presente documento fornisce gli indirizzi per il procedimento di definizione del Progetto di Vita personalizzato, in attuazione dei principi e delle disposizioni introdotte dal D.Lgs. n. 62/2024. Il processo dovrà essere disciplinato nell'ambito di specifici accordi operativi interistituzionali di collaborazione organizzativa e professionale stipulati tra l'ente gestore dell'ambito territoriale sociale e le aziende sanitarie locali.

Il procedimento deve garantire alla persona con disabilità che presenta la domanda di definizione del Progetto di Vita personalizzato, in attuazione dei principi e delle disposizioni introdotte dal D.Lgs. n. 62/2024, la centralità della stessa nella definizione del progetto da definire in tempi certi e la garanzia dell'integrazione delle misure programmate.

Fase 1 – Avvio del procedimento

La persona con disabilità, o un suo legale rappresentante, presenta la domanda di predisposizione del progetto di vita all'Ente gestore dell'ambito PLUS, anche per il tramite del comune di residenza, nelle modalità definite nell'accordo interistituzionale, allegando la documentazione necessaria.

Nella domanda può essere individuato un facilitatore di fiducia che accompagni la persona con disabilità nel percorso di elaborazione del Progetto di Vita.

Entro 15 giorni dalla presentazione della domanda:

- il responsabile del procedimento comunica all'interessato e contestualmente alla ASL di riferimento (Distretto sociosanitario/PUA) l'avvio formale del procedimento che si intende alla data di protocollazione della domanda;
- l'operatore incaricato verifica la completezza della documentazione allegata e, qualora necessario, richiede eventuali integrazioni con sospensione dei termini fino alla presentazione delle integrazioni;
- l'operatore incaricato compila la scheda di contatto.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Fase 2 - Trasmissione e presa in carico integrata (entro 30 giorni dalla domanda)

Entro 30 giorni dalla presentazione della domanda il responsabile del procedimento invia, secondo le modalità definite nell'accordo interistituzionale, la domanda e la scheda di contatto alla Azienda sanitaria locale PUA – Punto Unico di Accesso.

Fase 3 - Analisi preliminare e convocazione dell'UVT (entro 60 giorni dalla domanda)

L'Azienda sanitaria locale (PUA – Punto Unico di Accesso) svolge la funzione di raccordo tra i soggetti coinvolti nel processo per la raccolta delle informazioni necessarie e per definire la composizione, l'organizzazione e la convocazione dell'Unità di valutazione territoriale (UVT).

La fase è propedeutica all'incontro formale dell'UVT per la pianificazione del progetto di vita.

Le specifiche modalità operative di raccordo tra ASL e Ente gestore dell'Ambito PLUS, per quanto non riportato nel presente documento, sono definite negli accordi territoriali.

Entro 60 giorni dal ricevimento della domanda, il Direttore del Distretto sociosanitario dell'Azienda sanitaria locale garantisce l'analisi preliminare, attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA), e convoca l'Unità Valutativa Territoriale (UVT) nei tempi dati.

L'informazione è inviata anche alla COT (centrale operativa territoriale) ai fini della registrazione e della trasmissione delle informazioni nel sistema informativo di riferimento.

Fase 4 – Avvio della valutazione multidimensionale ed elaborazione del Progetto di vita (entro 120 giorni dalla domanda)

L'UVT effettua la valutazione multidimensionale, operando in modo integrato e partecipato con la persona con disabilità.

La valutazione è realizzata con il coinvolgimento delle diverse professionalità competenti e prende in considerazione in modo unitario gli ambiti della salute, della vita sociale, lavorativa, educativa e del contesto ambientale.

Il referente per l'attuazione del Progetto di vita è individuato dall'UVT, quale figura di riferimento del coordinamento e del monitoraggio secondo quanto previsto dall'art. 29 del D.Lgs. n. 62/2024, tra i professionisti socio sanitari del sistema di enti pubblici coinvolti nel procedimento.

Al termine della valutazione, l'UVT elabora e approva con proprio verbale il Progetto di Vita, definito partendo dalla volontà della persona con disabilità e nel rispetto dei suoi diritti civili e sociali, definendo obiettivi personalizzati, aree di intervento e il budget di progetto.

L'UVT acquisisce la sottoscrizione del progetto da parte di tutti i componenti che hanno partecipato alla valutazione. Comunica il verbale di approvazione alla persona, al responsabile del procedimento/ente gestore dell'ambito PLUS e altri soggetti coinvolti nella valutazione.

La COT (centrale operativa territoriale) accede alle informazioni del progetto di vita per assicurare il coordinamento logistico del percorso assistenziale previste nello stesso.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

L'intero procedimento di valutazione e approvazione del Progetto di Vita si conclude entro il termine massimo di 120 giorni dalla data di presentazione dell'istanza.

Fase 5 – Attuazione e gestione del Progetto di Vita

L'ente gestore dell'Ambito PLUS riceve il Progetto di Vita approvato e indica, per quanto di competenza, le risorse disponibili garantendo l'integrazione degli interventi attivati e attivabili nel rispetto delle modalità definite dalla programmazione nazionale e regionale.

Gli enti istituzionali a vario titolo coinvolti nell'attivazione delle aree di intervento previste nel progetto di vita valutano come provvedere a definire con tempestività i conseguenti atti amministrativi di competenza per garantire l'attivazione dei necessari servizi.

Pertanto, l'attivazione e l'attuazione degli interventi, riferiti alle aree indagate dal Progetto di vita è rimessa ai soggetti istituzionali preposti alla gestione dei diversi setting assistenziali nel rispetto delle relative programmazioni regionali e nazionali, e nei limiti delle risorse disponibili.

Il referente per l'attuazione avrà il compito di monitorare l'implementazione progressiva degli interventi, proporre l'eventuale adeguamento del progetto in relazione all'evoluzione degli obiettivi della persona, facilita il coordinamento tra i diversi interventi e servizi attivati e cura il monitoraggio periodico dei risultati rispetto agli obiettivi individuati.

Il Progetto di Vita è oggetto di verifica periodica può essere aggiornato su richiesta della persona o su proposta del referente per l'attuazione e/o dei servizi territoriali.

Il procedimento di definizione del Progetto di Vita si fonda sui seguenti principi:

- centralità della persona, quale soggetto attivo del percorso;
- valutazione multidimensionale, intesa come analisi integrata dei diversi ambiti di vita;
- integrazione interistituzionale, tra Comune, ASL, Scuola, Centro per l'impiego, Enti del Terzo Settore, etc;
- certezza delle tempistiche, a garanzia di trasparenza, efficacia e qualità della presa in carico.

Il modello delineato configura una governance integrata e coerente, in linea con il dettato del D.Lgs. n. 62/2024, nella quale ciascun soggetto coinvolto opera secondo competenze definite e complementari, assicurando il pieno rispetto dei diritti, della dignità e dell'autodeterminazione della persona con disabilità, posta al centro dell'intero procedimento.

Allegati:

1. Allegato A - Linee di indirizzo per la costituzione e riorganizzazione UVT specializzate nella stesura del "Progetto di Vita" (D.Lgs. n. 62/2024);
2. Allegato 1 – Domanda di predisposizione del "Progetto di Vita";
3. Allegato 2 – Scheda di contatto_Prealutazione "Progetto di Vita" (D.Lgs. n. 62/2024);
4. Allegato 3 – Modello "Progetto di Vita" individuale, personalizzato e partecipato.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato A

Linee di indirizzo per la costituzione e riorganizzazione UVT specializzate nella stesura del “Progetto di Vita” (D.Lgs. n. 62/2024).

Le componenti essenziali dell'UVT sono definite al comma 2 dell'art. 24 del D.Lgs n. 62/2024.

In riferimento all'applicazione territoriale, la composizione dell'UVT sarà articolata nella formazione più appropriata al caso in esame.

Di seguito, si riporta la composizione del nucleo stabile:

1. la persona con disabilità o chi la rappresenta;
2. il facilitatore, se nominato ai sensi dell'art. 22;
3. assistente sociale comunale o Assistente sociale del Distretto sanitario;
4. medico di Distretto;
5. psicologo;
6. il professionista del SSR di riferimento in relazione alla specifica patologia.

In relazione al caso, tale nucleo potrà essere integrato da:

7. il Medico di Medicina generale (MMG) e/o Pediatra di libera scelta (PLS);
8. il rappresentante dell'istituzione scolastica;
9. il rappresentante dei servizi per l'inserimento lavorativo.

Inoltre, su richiesta della persona con disabilità o chi la rappresenta, o dei componenti dell'UVT, potranno essere convocati i soggetti di cui all'art. 24, comma 3, del D.Lgs. n. 62/2024.

L'Azienda socio-sanitaria locale è tenuta a garantire la disponibilità immediata dei componenti di cui al punto 6, al fine di assicurare la partecipazione nelle UVT impegnate nella stesura del Progetto di Vita.

Se non diversamente stabilito negli accordi operativi interistituzionali di collaborazione organizzativa e professionale stipulati tra l'Ente gestore dell'Ambito PLUS e le Aziende socio-sanitarie locali, le funzioni di coordinamento dell'UVT di cui al comma 5, art. 24, del D.Lgs. n. 62/2024, sono esercitate dal Direttore del Distretto socio-sanitario.

residente in _____ Via/Piazza _____
n. ____, CAP _____, Tel. _____, e-mail _____

premessso che

- il decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62 (*Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato*), prevede il diritto per la persona ad elaborare ed attivare un progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato;
- il diritto a richiedere l'elaborazione del progetto di vita è riconosciuto anche in favore di coloro che sono in possesso di una certificazione, ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104, rilasciata prima della data del 1° gennaio 2025 e alle persone in possesso di certificazione rilasciata dalla Unità di Valutazione di Base dell'INPS;

CHIEDE

la predisposizione del progetto di vita, e a tal fine dichiara:

- di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità previsti dal D.Lgs. n. 62/2024;
- di essere in possesso della certificazione di disabilità ai sensi dell'art. 3 della L. n. 104/1992:
 - Art. 3, comma 1;
 - Art. 3, comma 3;
- di essere in possesso della certificazione della condizione di disabilità ai sensi del D.Lgs. n. 62/2024, con:
 - Necessità di sostegno livello lieve livello medio
 - Necessità di sostegno di tipo intensivo livello elevato livello molto elevato
- di essere in possesso dell'attestazione ISEE in corso di validità;
- di esprimere la volontà che alla valutazione per la stesura del progetto di vita partecipi una persona di sua fiducia:

COGNOME E NOME _____ TEL _____

Allega alla presente:

- Certificazione di invalidità civile;
- Certificazione di disabilità ai sensi dell'art. 3 della L. n. 104/1992;
- Certificazione della condizione di disabilità ai sensi D. Lgs. n. 62/2024;
- Decreto di nomina Amministratore di Sostegno, Tutore;
- Documento di riconoscimento del richiedente, familiare o Amministratore di Sostegno/Tutore;
- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Allegato 1 A alla domanda;
- Scala WHODAS (se adulto);
- Scala DD-CGAS (se minore);
- Proposta di progetto di vita;
- Valutazione di base (qualora in possesso della certificazione della condizione di disabilità D. Lgs. n. 62/2024);
- Altro _____.

Luogo e data _____

Firma

Allegato 1 A alla domanda di predisposizione del Progetto di vita (D.Lgs. n. 62/2024)

(predisposto dai servizi sociosanitari pubblici che hanno in carico la persona o da professionisti sanitari e sociosanitari privati formati all'uso dell'ICF)

ANAGRAFICA	
Nome	Cognome
Nato/a a	il
C.F. n	
Residente a	Via/Piazza
Telefono	e mail

DIAGNOSI CLINICA ICD 10 (D S M V)	
Cod ICD X	Diagnosi principale:
Cod ICD X	Diagnosi comorbidità
Cod ICD X	Diagnosi comorbidità
Cod ICD X	Diagnosi comorbidità
Cod ICD X	Diagnosi comorbidità

PROFILO DI FUNZIONAMENTO	
FUNZIONI CORPOREE	
<p>FUNZIONE/I PRINCIPALE/I pag. manuale ICF-CY73-115 (specificare anche la gravità, secondo i qualificatori in uso nel sistema ICF)</p> <p>Le funzioni corporee sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei (incluse le funzioni psicologiche)</p> <p>Le menomazioni sono problemi nella funzione del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significative.</p>	
<p>QUALIFICATORE: ESTENSIONE DELLE MENOMAZIONI</p> <p>0 Nessuna menomazione (assente, trascurabile, 0-4%).</p> <p>1 Menomazione lieve (leggera, piccola, 5-24%).</p> <p>2 Menomazione media (moderata, discreta, 25-49%).</p> <p>3 Menomazione grave (notevole, estrema, 50-95%).</p> <p>4 Menomazione completa (totale, 96-100%).</p> <p>8 Non specificato significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione.</p> <p>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).</p>	
Capitoli, domini e categorie delle funzioni corporee	Qualificatore valori da 0 a 9
B1. FUNZIONI MENTALI	
b110 Coscienza	
b114 Orientamento (tempo, spazio, persona)	
b117 Intelletto (compresi ritardo, demenza)	
b122 Funzioni psicosociali globali	
b126 Funzioni del temperamento e della personalità	
b1263 Stabilità psichica	
b130 Funzioni dell'energia e delle pulsioni	
b1304 Controllo impulsi	
b134 Sonno	
b140 Attenzione	
b144 Memoria	
b147 Funzioni psicomotorie	
b152 Funzioni emozionali	

b1521 Regolazione dell'emozione	
b156 Funzioni percettive	
b160 Funzioni del pensiero	
b164 Funzioni cognitive di livello superiore	
b167 Linguaggio	
b176 Funzione mentale di sequenza dei movimenti complessi	
b180 Funzioni dell'esperienza del sè e del tempo	
B2. FUNZIONI SENSORIALI E DOLORE	
b210 Vista	
b215 funzioni delle strutture accessorie dell'occhio	
b230 Udito	
b235 Funzioni vestibolari (compreso l'equilibrio)	
b260 funzioni propriocettiva	
b270 Funzioni sensoriali relative a temperatura ed ad altri stimoli	
b280 Dolore	
B3. FUNZIONI DELLA VOCE E DELL'ELOQUIO	
b310 Voce	
b320 funzioni articolatorie	
b330 Funzioni della fluidità e del ritmo dell'eloquio	
B4. FUNZIONI DEI SISTEMI CARDIOVASCOLARE, EMATOLOGICO, IMMUNOLOGICO E DELL'APPARATO RESPIRATORIO	
b410 Cuore	
b415 funzioni dei vasi sanguigni	
b420 Pressione sanguigna	
b430 Sistema ematologico (sangue)	
b435 Sistema immunologico (allergie, ipersensibilità)	
b440 Respirazione (respiro)	

B5. FUNZIONI DELL'APPARATO DIGERENTE E DEI SISTEMI METABOLICO ED ENDOCRINO	
b510 funzioni ingestive (b5105 deglutire)	
b515 Digestione	
b525 Defecazione	
b530 Mantenimento del peso	
b540 Funzioni metaboliche generali	
b545 Equilibrio idrico ed elettrolitico	
b550 Termoregolazione	
b555 Ghiandole endocrine (alterazioni ormonali)	
B6. FUNZIONI GENITOURINARIE E RIPRODUTTIVE	
b610 Funzioni relative alla escrezione urinaria	
b620 Funzioni urinarie	
b640 Funzioni sessuali	
b650 Funzioni mestruali	
B7. FUNZIONI NEURO-MUSCOLO-SCHELETRICHE E CORRELATE AL MOVIMENTO	
b710 Mobilità dell'articolazione	
b730 Forza muscolare	
b735 Tono muscolare	
b750 funzioni del riflesso motorio	
b755 funzioni di reazione motoria involontaria	
b760 Funzione di controllo del movimento volontario	
b765 Movimento involontario	
b770 funzioni del pattern del cammino (o locomotorio)	
B8. FUNZIONI DELLA CUTE E DELLE STRUTTURE CORRELATE	
b 810 Funzione protettiva della cute (rischio piaghe)	
OGNI ALTRA FUNZIONE CORPOREA	

STRUTTURE CORPOREE		
pag. manuale ICF-CY117-134 (specificare la gravità e la localizzazione dell'alterazione 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).		
Capitoli delle strutture corporee		Qualificatore valori da 0 a 9
S1. Strutture del sistema nervoso		
S2. Occhio, orecchio e strutture correlate	S220 struttura del bulbo oculare	
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	S750 struttura dell'arto inferiore	
S8. Cute e strutture correlate		
Ogni altra struttura corporea		

ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE - FATTORI AMBIENTALI

L'**attività** è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo e rappresenta la prospettiva individuale del funzionamento.

La **partecipazione** è il coinvolgimento di una persona in una situazione reale di vita e rappresenta la prospettiva sociale del funzionamento.

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 ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE	
Primo qualificatore: <ul style="list-style-type: none"> • performance • grado di restrizione della partecipazione 	Secondo qualificatore: <ul style="list-style-type: none"> • capacità (senza influenza dell'ambiente o assistenza) • grado di limitazione dell'attività
<p>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).</p>	

QUALIFICATORI DI FATTORI AMBIENTALI	
Qualificatore nell'ambiente: barriere o facilitatori	
0 Nessuna barriera 1 Barriera lieve 2 Barriera media 3 Barriera grave 4 Barriera completa 8 Barriera, non specificato 9 Non applicabile	0 Nessun facilitatore 1 Facilitatore lieve 2 Facilitatore medio 3 Facilitatore sostanziale 4 Facilitatore completo 8 Facilitatore non specificato 9 Non applicabile
<p>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.</p>	

Attività e Partecipazione – Capitoli e Domini			Fattori Ambientali – Domini selezionati			
Attività e Partecipazione. Costrutti dei qualificatori:	performance	capacità	e310	e315	e340	e575
D1. APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLA CONOSCENZA						
d110 Guardare						
d115 Ascoltare						
d130 Copiare						
D132 imparare una lingua						
d159 Apprendimento di base						
d166 Leggere						
d170 Scrivere						
d172 Calcolare						
d175 Risoluzione di problemi						
d179 Applicazione delle conoscenze di base						
D2. COMPITI E RICHIESTE GENERALI						
d210 Intraprendere un compito singolo						
d220 Intraprendere compiti articolati						
d230 Eseguire la routine quotidiana						
d240 Gestire la tensione e altre richieste di tipo psicologico						
D3. COMUNICAZIONE						
d310 Comunicare con - ricevere - messaggi verbali						
d315 Comunicare con - ricevere - messaggi non-verbali						
d330 Parlare						
D331 esprimersi vocalmente senza usare parole						
d335 Produrre messaggi non-verbali						
d350 Conversazione						
d360 Utilizzo di apparecchiature e ausili per la comunicazione						
D4. MOBILITÀ						
d410 Cambiare posizione di base						
D415 mantenere una posizione corporea						
d430 Sollevare e trasportare oggetti						
d440 Uso fine della mano (<i>raccogliere, afferrare</i>)						

Attività e Partecipazione – Capitoli e Domini			Fattori Ambientali – Domini selezionati			
Attività e Partecipazione. Costrutti dei qualificatori:	performance	capacità	e310	e315	e340	e575
d450 Camminare						
D451 salire e scendere						
d455 Spostarsi						
d465 Spostarsi usando apparecchiature/ausili (<i>sedia a rotelle, pattini, ecc.</i>)						
D470 usare mezzi di trasporto						

d475	Guidare (<i>andare in bici o motocicletta, guidare l'auto, ecc.</i>)						
D5. CURA DELLA PROPRIA PERSONA							
d510	Lavarsi (<i>fare il bagno, asciugarsi, lavarsi le mani, ecc..</i>)						
d520	Prendersi cura di singole parti del corpo (<i>lavarsi i denti, radersi, ecc.</i>)						
d530	Bisogni corporali						
d540	Vestirsi						
d550	Mangiare						
d560	Bere						
d570	Prendersi cura della propria salute						
d571	Badare alla propria sicurezza						
D6. VITA DOMESTICA							
d620	Procurarsi beni e servizi (<i>fare la spesa, ecc.</i>)						
d630	Preparare i pasti (<i>cucinare, etc.</i>)						
d640	Fare i lavori di casa (<i>pulire la casa, lavare i piatti, fare il bucato, stirare</i>)						
d660	Assistere gli altri						
D7. INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI							
d710	Interazioni interpersonali semplici						
d720	Interazioni interpersonali complesse						
d730	Entrare in relazione con estranei						
d740	Relazioni formali						
d750	Relazioni sociali informali						
d760	Relazioni familiari						
d770	Relazioni intime						
D8. AREE DI VITA PRINCIPALI							

Attività e Partecipazione – Capitoli e Domini			Fattori Ambientali – Domini selezionati				
Attività e Partecipazione. Costrutti dei qualificatori:	performance	capacità	e310	e315	e340	e525	
d810	Istruzione informale						
d830	Istruzione superiore						
d840	Apprendistato						
d850	Lavoro retribuito						
d855	Lavoro non retribuito						
d860	Transazioni economiche semplici						
d870	Autosufficienza economica						
D9. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITÀ							
d910	Vita nella comunità						
d920	Ricreazione e tempo libero						
d930	Religione e spiritualità						
QUALSIASI ALTRA ATTIVITÀ							

--	--	--	--	--	--	--	--

Fattori Ambientali - Capitoli e Domini

E1. PRODOTTI E TECNOLOGIA
e110 Prodotti o sostanze per il consumo personale (<i>cibo, farmaci</i>)
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
e440 Atteggiamenti individuali di persone che forniscono aiuto o assistenza
e450 Atteggiamenti individuali di operatori sanitari
e455 Atteggiamenti individuali di altri operatori
e460 Atteggiamenti della società
e465 Norme sociali, costumi e ideologie
E5. SERVIZI, SISTEMI E POLITICHE
e525 Servizi, sistemi e politiche abitative
e535 Servizi, sistemi e politiche di comunicazione
e540 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

SINTESI FATTORI PERSONALI

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, rapporti all'interno della famiglia, con la famiglia allargata, con la comunità (la rete sociale), eventuali problematiche: - il carico assistenziale richiesto dalla persona e chi lo sostiene in famiglia - gli ostacoli alla partecipazione alla vita comunitaria e allo sviluppo delle autonomie - gli ausili utilizzati o da prevedere].

DIMENSIONE FUNZIONALE **Indice di Barthel**

Item	Punteggio	
Alimentazione	Indipendente, capace di allocarsi qualsiasi ausilio tecnico necessario: si alimenta in un tempo ragionevole	10
	Necessità di aiuto, per esempio per tagliare la carne	5
	Dipendente	0
Bagno/doccia	Senza assistenza	5
	Dipendente	0
Igiene personale	Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli	5
	Dipendente	0
Abbigliamento	Indipendente, si allaccia le scarpe, si allaccia le chiusure, si applica i tutori	10
	Necessita di aiuto, ma esegue almeno la metà dei compiti entro un tempo ragionevole	5
	Dipendente	0
Controllo sfinterico intestinale	Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi le supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario	10
	Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma, occasionali perdite	5
	Incontinente	0
Controllo sfinterico vescicale	Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni	10
	In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario l'aiuto nell'uso dei dispositivi	5
	Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni	0
Uso del gabinetto	Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli	10
	Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla	5
	Completamente dipendente	0
Trasferimento letto – sedia /incluso mettersi a sedere sul letto)	Indipendente, compreso, se necessario, il mettere i freni alla carrozzina e il sollevare le pedane	15
	Minima assistenza e supervisione	10
	Capace di sedersi, ma necessita di massima assistenza al trasferimento	5
	Dipendente	0
Deambulazione (compresa la capacità di spingere la carrozzina)	Indipendente per 45 metri; può usare ausili	15
	Con aiuto o girello per 45 metri	10
	Indipendente con carrozzina per 45 metri (solo se incapace di camminare)	5
	Dipendente	0
Salire e scendere le scale	Indipendente, può usare ausili	10
	Necessita di aiuto o supervisione	5
	Non è in grado	0

	punteggio totale→	
--	--------------------------	--

Scala di LAWTON per le attività strumentali della vita quotidiana

Attività		Punteggio
1) ABILITA' AD USARE IL TELEFONO	A. Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero telefonico e lo compone.	1
	B. Compone solo pochi numeri ben conosciuti.	1
	C. Risponde al telefono, ma non compone i numeri.	1
	D. È incapace di usare il telefono.	0
2) SPOSTAMENTI FUORI CASA	A. Viaggia autonomamente, servendosi dei mezzi pubblici o della propria automobile.	1
	B. Fa uso di taxi, ma non è capace di usare mezzi pubblici.	1
	C. Viaggia su mezzi pubblici solo se assistito o accompagnato.	1
	D. Viaggia in macchina o in taxi quando è assistito o accompagnato da altri.	0
	E. Non può viaggiare affatto	0
3) ASSUNZIONE DEI PROPRI FARMACI	A. È capace di assumere correttamente le medicine	1
	B. È capace di assumere le medicine solo se in precedenza già preparate e separate.	0
	C. È incapace di assumere da solo le medicine.	0
4) USO DEL PROPRIO DENARO	A. Provvede in modo autonomo alle proprie finanze (conti, fare assegni, pagare l'affitto e altre spese, andare in banca), controlla le proprie entrate	1
	B. Provvede alle spese ed ai conti quotidiani, ma ha bisogno di aiuto per le operazioni maggiori (andare in banca, fare assegni, fare grosse spese ecc.)	1
	C. È incapace di maneggiare il denaro in modo proprio.	0
5) FARE LA SPESA <input type="checkbox"/> non strettamente applicabile e pertinente	A. Si prende cura della spesa e la fa in maniera autonoma	1
	B. E' capace di effettuare solo piccoli acquisti	0
	C. Ha bisogno di essere accompagnato per qualunque tipo di acquisto	0
	D. E' completamente incapace di fare la spesa.	0
6) PREPARARE I PASTI <input type="checkbox"/> non strettamente applicabile e pertinente	A. Pianifica i pasti, li prepara adeguatamente e li serve in maniera autonoma	1
	B. Prepara i pasti solo se gli si forniscono tutti gli ingredienti.	0
	C. E' in grado solo di riscaldare cibi già pronti, oppure prepara i cibi in maniera non costante tanto da non riuscire a mantenere un'alimentazione adeguata	0
	D. Ha bisogno di cibi già preparati e di essere servito.	0
7) CURA DELLA CASA <input type="checkbox"/> non strettamente applicabile e pertinente	A. Riesce ad occuparsi della casa autonomamente o con occasionale aiuto per i lavori pesanti.	1
	B. Riesce ad effettuare i lavori domestici leggeri come lavare i piatti, rifare il letto, ecc.	1
	C. Riesce ad effettuare lavori domestici leggeri, ma non è capace di mantenere un livello adeguato di pulizia.	1
	D. Ha bisogno di aiuto per tutte le pulizie della casa	0
	E. E' completamente disinteressato a qualsiasi faccenda domestica	0
8) FARE IL BUCATO <input type="checkbox"/> non strettamente applicabile e pertinente	A. Lava tutta la propria biancheria	1
	B. Lava solo i piccoli indumenti	1
	C. Tutto il bucato deve essere fatto da altri	0
Totale IADL		

Allegare inoltre:
la scala **WHODAS** per gli adulti
la scala **DD-CGAS** per i minori

**SCHEDA DI CONTATTO_ PREVALUTAZIONE
PROGETTO DI VITA (D.Lgs. n. 62/2024)**

COMPILAZIONE A CURA DELL'OPERATORE/ASSISTENTE SOCIALE CHE ACCOGLIE LA DOMANDA

Nome e cognome	Professionalità	Ente/servizio di riferimento
Contatto telefonico	Indirizzo email	

A – AREA SOCIO-SANITARIA

SCHEDA ANAGRAFICA UTENTE

Cognome	
Nome	
Luogo di nascita	
Data di nascita	
Cittadinanza	
Indirizzo di residenza	
Codice Fiscale	

CONDIZIONE SOCIALE

STATO CIVILE	<input type="checkbox"/> Celibe/Nubile	<input type="checkbox"/> Unito civilmente
	<input type="checkbox"/> Coniugato	<input type="checkbox"/> Vedovo
	<input type="checkbox"/> Separato	<input type="checkbox"/> Non risponde
	<input type="checkbox"/> Divorziato	

CONDIZIONE ABITATIVA	<input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Locazione <input type="checkbox"/> Comodato d'Uso <input type="checkbox"/> Altro _____	
	<input type="checkbox"/> Dimora in situazione stabile, autonoma ed adeguata agli standard di base <input type="checkbox"/> Dimora in situazione stabile, ma non autonoma o solo parzialmente adeguata agli standard di base <input type="checkbox"/> Dimora in situazione non autonoma, precaria e non adeguata agli standard di base <input type="checkbox"/> Dimora in situazione completamente inadeguata o senza fissa dimora	
PERSONE CONVIVENTI	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con genitori <input type="checkbox"/> Con figli <input type="checkbox"/> Con partner	<input type="checkbox"/> Con partner e figli <input type="checkbox"/> Con amici o altre persone <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Non risponde
	<input type="checkbox"/> Nessuno a carico <input type="checkbox"/> 1 persona <input type="checkbox"/> 2 persone <input type="checkbox"/> >2 persone	
CARICO FAMILIARE	<input type="checkbox"/> Nessuno a carico <input type="checkbox"/> 1 persona <input type="checkbox"/> 2 persone <input type="checkbox"/> >2 persone	
RETE FAMILIARE	<input type="checkbox"/> È presente e fornisce supporto adeguato <input type="checkbox"/> È presente ma in grado di fornire solo supporto limitato <input type="checkbox"/> È presente ma non è in grado di fornire un supporto adeguato alle effettive necessità <input type="checkbox"/> È assente e/o conflittuale e assolutamente non in grado di fornire supporto	

PERSONE DI RIFERIMENTO				
NUCLEO FAMILIARE				
Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	Recapito telefonico	Autorizza a dare informazioni
1)				
2)				
3)				
4)				

5)				
PERSONE DI RIFERIMENTO				
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
MISURE DI TUTELA	<input type="checkbox"/> Persona legalmente responsabile di sé <input type="checkbox"/> Tutore/soggetto esercente la responsabilità genitoriale diverso dal genitore <input type="checkbox"/> Curatore		<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> Altro _____	
	Cognome e nome		Luogo e data di nascita	Recapito
	Estremi atto di nomina			
	Rilasciato da Tribunale di _____		Data _____	N. Decreto _____
MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRA	COGNOME E NOME		RECAPITO TEL	

SERVIZI ATTIVI				
SERVIZI TERRITORIALI SOCIO-SANITARI COINVOLTI NELLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA				
Servizio	Operatore	Professione	Sede	Contatti

SPORT E TEMPO LIBERO		
ATTIVITÀ SPORTIVE E DI SOCIALIZZAZIONE		
ATTIVITÀ SPORTIVA	Descrizione attività	
	Soggetto Gestore	

	Operatore di riferimento	Cognome e Nome		
		Contatto tel/email		
	Giorni e orari	<input type="checkbox"/> Lunedì	Ore:	
		<input type="checkbox"/> Martedì	Ore:	
		<input type="checkbox"/> Mercoledì	Ore:	
		<input type="checkbox"/> Giovedì	Ore:	
		<input type="checkbox"/> Venerdì	Ore:	
		<input type="checkbox"/> Sabato	Ore:	
	<input type="checkbox"/> Domenica	Ore:		
Monte ore settimanale				

CERTIFICAZIONI E ATTESTAZIONI			
CERTIFICAZIONE DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ D.LGS. N. 62/2024	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data rilascio	
		Livello: <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Elevato <input type="checkbox"/> Molto elevato	
CERTIFICAZIONE LEGGE N. 104/1992	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data rilascio	
		<input type="checkbox"/> Legge n. 104/1992, art. 3, comma 1 <input type="checkbox"/> Legge n. 104/1992, art. 3, comma 3	
INVALIDITÀ CIVILE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data Rilascio	
		Percentuale	
LEGGE N. 68/1999	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

B – ISTRUZIONE- FORMAZIONE- LAVORO		
Titolo di studio	<input type="checkbox"/> Nessun titolo	<input type="checkbox"/> Scuola primaria
	<input type="checkbox"/> Diploma scuola secondaria di 1°	<input type="checkbox"/> Attestato di qualifica Professionale
	<input type="checkbox"/> Diploma di Scuola sec. di 2 ^a	<input type="checkbox"/> Diploma professionale (leFP)
	<input type="checkbox"/> Laurea triennale	<input type="checkbox"/> Laurea Magistrale
	<input type="checkbox"/> Dottorato/ Titolo post lauream	<input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____
Stato occupazionale	<input type="checkbox"/> Studente/studentessa	<input type="checkbox"/> Disoccupato/a
	<input type="checkbox"/> Inoccupato/ a in cerca di prima occupazione	<input type="checkbox"/> Inattivo/a
	<input type="checkbox"/> Libero professionista/autonomo	<input type="checkbox"/> Occupato/a stabilmente dipendente

	<input type="checkbox"/> Occupato/a saltuariamente	<input type="checkbox"/> Pensionato/a
	<input type="checkbox"/> Tirocinante	<input type="checkbox"/> Altro
Situazione lavorativa attuale	<input type="checkbox"/> Casalingo Lavoro a domicilio <input type="checkbox"/> Militare di carriera <input type="checkbox"/> Imprenditore <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Familiare coadiuvante <input type="checkbox"/> Non risponde	<input type="checkbox"/> Dirigente <input type="checkbox"/> Quadro direttivo <input type="checkbox"/> Impiegato <input type="checkbox"/> Apprendista <input type="checkbox"/> Operaio <input type="checkbox"/> Altro _____
Iscrizione Centro per l'impiego	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Dal _____
Iscrizione liste di collocamento mirato	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Dal _____
Operatore Cpl	Cognome e nome	Rec. Tel/ mail
Se minore/studente Istruzione	<input type="checkbox"/> Scuola dell'infanzia	Ore settimanali frequenza _____
	<input type="checkbox"/> Scuola primaria	Ore settimanali frequenza _____
	<input type="checkbox"/> Scuola secondaria di 1^ grado	Ore settimanali frequenza _____
	<input type="checkbox"/> Scuola secondaria di 2^ grado	Ore settimanali frequenza _____
	<input type="checkbox"/> Corso di formazione Professionale	Ore settimanali frequenza _____
Supporto all'istruzione	<input type="checkbox"/> Insegnante di Sostegno	
	Cognome e nome	Monte ore settimanale
	<input type="checkbox"/> SASS (Assistenza Specialistica) OSS <input type="checkbox"/> SASS Educatore Professionale <input type="checkbox"/> Altro _____ <input type="checkbox"/> Soggetto erogatore _____	
	Cognome e nome	Monte ore settimanale
	<input type="checkbox"/> Servizio trasporto	
	Soggetto erogatore	

C - CONDIZIONE REDDITUALE, PENSIONI E PROVVIDENZE

PENSIONI/PROVVIDENZE	<input type="checkbox"/> Pensione di invalidità <input type="checkbox"/> Indennità di accompagnamento <input type="checkbox"/> L.R. n. 15/1992 - L.R. n. 20/1997 (sussidi) <input type="checkbox"/> L.R. n. 15/1992 - L.R. n. 20/1997 (rette di ricovero) <input type="checkbox"/> L.R. n. 6/1995 e L.R. n. 9/1996 <input type="checkbox"/> L.R. n. 27/1983 <input type="checkbox"/> L.R. n. 12/1985 <input type="checkbox"/> L.R. n. 11/1985 <input type="checkbox"/> L.R. n. 9/2004
-----------------------------	---

	<input type="checkbox"/> Altro.....
ISEE SOCIO SANITARIO	<input type="checkbox"/> NUMERO PROT. INPS: <input type="checkbox"/> DATA RILASCIO: <input type="checkbox"/> VALORE: €

D – INTERVENTI/PROGETTI ATTIVI

PIANI PERSONALIZZATI LEGGE N. 162/1998	Importo	Prestazione	Monte settimanale	Incaricato realizzazione
PROGETTO DOPO DI NOI	Importo	Prestazione	Monte settimanale	Incaricato realizzazione
VITA INDIPENDENTE	Importo	Prestazione	Monte settimanale	Incaricato realizzazione
INCLUDIS				
RITORNARE A CASA	Importo	Prestazione	Monte ore settimanale	Incaricato realizzazione
SAD	Importo	Prestazione	Monte ore settimanale	Incaricato realizzazione
SET	Importo	Prestazione	Monte ore settimanale	Incaricato realizzazione
SASS	Importo	Prestazione	Monte ore settimanale	Incaricato realizzazione
HOME CARE PREMIUM	Importo	Prestazione	Monte ore settimanale	Incaricato realizzazione
Altro				

INTERVENTI ASSISTENZIALI ATTIVI IN FAVORE DEL NUCLEO

Tipologia intervento	Ore settimanali	Tipologia prestazione	Durata intervento	Servizio di riferimento

--	--	--	--	--

E - FUNZIONAMENTO PERSONALE	
Cura della persona: autonomie personali	<input type="checkbox"/> Totalmente autonoma nel rispondere ai propri bisogni quotidiani <input type="checkbox"/> Parzialmente autonoma: presenta problemi di cura del proprio aspetto <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente: presenta problemi di pulizia e cura del proprio aspetto <input type="checkbox"/> Presenta importanti problemi di igiene della persona e di pulizia e cura del proprio aspetto. Non in grado di riconoscere i propri bisogni quotidiani
Competenze comunicative: competenze relazionali	<input type="checkbox"/> Sa parlare, comprendere, leggere e scrivere in italiano <input type="checkbox"/> Si esprime in maniera non sempre corretta, comprende una conversazione e ciò che legge con un po' di difficoltà; è in grado di compilare un documento pur con qualche inesattezza <input type="checkbox"/> Ha difficoltà nel parlare e nel comprendere la lingua italiana; comprende con difficoltà ciò che legge; ha problemi di scrittura, ma sa fare la firma correttamente laddove richiesta <input type="checkbox"/> Presenta problemi e limitazioni rispetto alle competenze comunicative che compromettono in misura significativa la possibilità di relazionarsi con la persona e/o la possibilità di richiedere la lettura e scrittura in lingua italiana
Cura della persona e del proprio ambiente di vita	<input type="checkbox"/> Totalmente autonoma nel rispondere ai propri bisogni quotidiani <input type="checkbox"/> Parzialmente autonoma: presenta problemi di cura del proprio ambiente di vita <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente: presenta problemi di pulizia e cura del proprio ambiente di vita <input type="checkbox"/> Presenta importanti problemi di igiene, pulizia e cura del proprio ambiente di vita. Non in grado di riconoscere i propri bisogni quotidiani

F - FUNZIONAMENTO SOCIALE			
Utilizza il telefono/pc in maniera consapevole e nel rispetto degli altri (orari, contenuti, linguaggio)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	IN PARTE <input type="checkbox"/>
Utilizza il denaro in modo consapevole ed è in grado di contare e gestire da solo il denaro che gli serve per effettuare l'acquisto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	IN PARTE <input type="checkbox"/>
Utilizza i mezzi pubblici in modo autonomo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	IN PARTE <input type="checkbox"/>
Raggiunge autonomamente a piedi luoghi conosciuti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	IN PARTE <input type="checkbox"/>

Comunica autonomamente i propri bisogni, pensieri e opinioni	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	IN PARTE <input type="checkbox"/>
Utilizza strumenti tecnologici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	IN PARTE <input type="checkbox"/>

G- AREE DI INTERVENTO DA SVILUPPARE NEL PROGETTO DI VITA			
Apprendimento, socialità ed affettività	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	IN PARTE <input type="checkbox"/>
Formazione, lavoro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	IN PARTE <input type="checkbox"/>
Casa e habitat sociale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	IN PARTE <input type="checkbox"/>
Salute	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	IN PARTE <input type="checkbox"/>

Luogo e data _____

Firma

**“Progetto di Vita” individuale, personalizzato e partecipato
(decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62)**

Luogo e data
_____, ____/____/____

Dati Domanda			
Ente presso il quale è stata presentata la domanda	Data	Protocollo	Avvio Procedimento

INDIVIDUAZIONE DEL FACILITATORE ai sensi dell'art. 22 decreto legislativo n. 64/2024		
Cognome e Nome	Ente/Associazione/Altro	Recapito Telefonico

I dati di seguito riportati sono acquisiti dalla domanda e scheda di prevalutazione

A – AREA SOCIO-SANITARIA

SCHEDA ANAGRAFICA

Cognome	
Nome	
Luogo di nascita	
Data di nascita	
Cittadinanza	
Indirizzo di residenza	
Codice Fiscale	

CONDIZIONE SOCIALE		
STATO CIVILE	<input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Coniugato <input type="checkbox"/> Separato <input type="checkbox"/> Divorziato	<input type="checkbox"/> Unito civilmente <input type="checkbox"/> Vedovo <input type="checkbox"/> Non risponde
CONDIZIONE ABITATIVA	<input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Locazione <input type="checkbox"/> Comodato d'Uso <input type="checkbox"/> Altro _____	
	<input type="checkbox"/> Dimora in situazione stabile, autonoma ed adeguata agli standard di base <input type="checkbox"/> Dimora in situazione stabile, ma non autonoma o solo parzialmente adeguata agli standard di base	

	<input type="checkbox"/> Dimora in situazione non autonoma, precaria e non adeguata agli standard di base <input type="checkbox"/> Dimora in situazione completamente inadeguata o senza fissa dimora	
PERSONE CONVIVENTI	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con genitori <input type="checkbox"/> Con figli <input type="checkbox"/> Con partner	<input type="checkbox"/> Con partner e figli <input type="checkbox"/> Con amici o altre persone <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Non risponde
CARICO FAMILIARE	<input type="checkbox"/> Nessuno a carico <input type="checkbox"/> 1 persona <input type="checkbox"/> 2 persone <input type="checkbox"/> >2 persone	
RETE FAMILIARE	<input type="checkbox"/> È presente e fornisce supporto adeguato <input type="checkbox"/> È presente ma in grado di fornire solo supporto limitato <input type="checkbox"/> È presente ma non è in grado di fornire un supporto adeguato alle effettive necessità <input type="checkbox"/> È assente e/o conflittuale e assolutamente non in grado di fornire supporto	

PERSONE DI RIFERIMENTO				
NUCLEO FAMILIARE				
Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	Recapito telefonico	Autorizza a dare informazioni
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
ALTRE PERSONE DI RIFERIMENTO				
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				

MISURE DI TUTELA	<input type="checkbox"/>		
	Cognome e nome	Luogo e Data di nascita	Recapito
	Estremi atto di nomina		
	Rilasciato da Tribunale di	Data	N. Decreto
MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRA	COGNOME E NOME	RECAPITO TEL	

SERVIZI ATTIVI				
SERVIZI TERRITORIALI SOCIO-SANITARI COINVOLTI NELLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA				
Servizio	Operatore	Professione	Sede	Contatti

SPORT E TEMPO LIBERO				
ATTIVITA' SPORTIVE E DI SOCIALIZZAZIONE				
ATTIVITA' SPORTIVA	Descrizione attività			
	Soggetto Gestore			
	Operatore di Riferimento	Cognome e Nome		
		Contatto tel/email		
	Giorni e orari	<input type="checkbox"/> Lunedì	Ore:	
		<input type="checkbox"/> Martedì	Ore:	
		<input type="checkbox"/> Mercoledì	Ore:	
		<input type="checkbox"/> Giovedì	Ore:	
		<input type="checkbox"/> Venerdì	Ore:	
<input type="checkbox"/> Sabato		Ore:		
Monte Ore Settimanale	<input type="checkbox"/> Domenica	Ore:		

CERTIFICAZIONI E ATTESTAZIONI

CERTIFICAZIONE DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ D.LGS. n. 62/2024	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data Rilascio	
		Livello: <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Elevato <input type="checkbox"/> Molto elevato	
CERTIFICAZIONE LEGGE N. 104/1992	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data Rilascio	<input type="checkbox"/> Legge n. 104/1992 Art. 3, Comma 1 <input type="checkbox"/> Legge n. 104/1992 Art. 3, Comma 3
INVALIDITÀ CIVILE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data Rilascio	Percentuale
LEGGE N. 68/1999	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

B – ISTRUZIONE- FORMAZIONE- LAVORO

Titolo di studio	<input type="checkbox"/> Nessun titolo <input type="checkbox"/> Diploma scuola secondaria di 1^ <input type="checkbox"/> Diploma di Scuola sec. di 2^ <input type="checkbox"/> Laurea triennale <input type="checkbox"/> Dottorato/ Titolo post lauream	<input type="checkbox"/> Scuola primaria <input type="checkbox"/> Attestato di qualifica Professionale <input type="checkbox"/> Diploma professionale (IeFP) <input type="checkbox"/> Laurea Magistrale <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____
Stato occupazionale	<input type="checkbox"/> Studente/studentessa <input type="checkbox"/> Inoccupato/ a in cerca di prima occupazione <input type="checkbox"/> Libero professionista/autonomo/a <input type="checkbox"/> Occupato/a saltuariamente <input type="checkbox"/> Tirocinante	<input type="checkbox"/> Disoccupato/a <input type="checkbox"/> Inattivo/a <input type="checkbox"/> Occupato/a stabilmente dipendente <input type="checkbox"/> Pensionato/a <input type="checkbox"/> Altro
Situazione Lavorativa Attuale	<input type="checkbox"/> Casalingo Lavoro a domicilio <input type="checkbox"/> Militare di carriera <input type="checkbox"/> Imprenditore <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Familiare coadiuvante <input type="checkbox"/> Non risponde	<input type="checkbox"/> Dirigente <input type="checkbox"/> Quadro direttivo <input type="checkbox"/> Impiegato <input type="checkbox"/> Apprendista <input type="checkbox"/> Operaio <input type="checkbox"/> Altro _____
Iscrizione Centro per l'Impiego	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Dal _____
Iscrizione liste di collocamento mirato	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Dal _____
Operatore Cpl	Cognome e nome	Rec. Tel/ mail

Se minore/studente Istruzione	<input type="checkbox"/> Scuola dell'infanzia	Ore settimanali frequenza _____
	<input type="checkbox"/> Scuola primaria	Ore settimanali frequenza _____
	<input type="checkbox"/> Scuola secondaria di 1^ grado	Ore settimanali frequenza _____
	<input type="checkbox"/> Scuola secondaria di 2^ grado	Ore settimanali frequenza _____
	<input type="checkbox"/> Corso di formazione Professionale	Ore settimanali frequenza _____
Supporto all'istruzione	<input type="checkbox"/> Insegnante di Sostegno	
	Cognome e Nome	Monte ore Settimanale
	<input type="checkbox"/> SASS (Assistenza Specialistica) OSS <input type="checkbox"/> SASS Educatore Professionale <input type="checkbox"/> Altro _____ <input type="checkbox"/> Soggetto erogatore _____	
	Cognome e Nome	Monte ore Settimanale
	<input type="checkbox"/> Servizio trasporto	
	Soggetto erogatore	

C - CONDIZIONE REDDITUALE, PENSIONI E PROVVIDENZE

PENSIONI/PROVVIDENZE	<input type="checkbox"/> Pensione di invalidità
	<input type="checkbox"/> Indennità di accompagnamento
	<input type="checkbox"/> L.R. n.15/1992 - L.R. n. 20/1997 (sussidi)
	<input type="checkbox"/> L.R. n. 15/1992 - L.R. n. 20/1997 (rette di ricovero)
	<input type="checkbox"/> L.R. n. 6/1995 e L.R. n. n. 9/1996
	<input type="checkbox"/> L.R. n. 27/1983
	<input type="checkbox"/> L.R. n. 12/1985
	<input type="checkbox"/> L.R. n. 11/1985
<input type="checkbox"/> L.R. n. 9/2004	
<input type="checkbox"/> Altro.....	
ISEE SOCIO SANITARIO	<input type="checkbox"/> NUMERO PROT. INPS:
	<input type="checkbox"/> DATA RILASCIO:
	<input type="checkbox"/> VALORE: €

D - VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

DIAGNOSI ICD 10	

SCALE	Codici/Punteggi		Note	Data
ICF (core set Codici ICF per patologia con qualificatori)	Funzioni corporee			
	Strutture corporee			
	attività/partecipazione			
	fattori ambientali			
WHODAS 2.0 (Punteggio per domini) a 36 items (ST_S36) Salvo per gli anziani in età non retribuita e per le persone prive di occupazione retribuita per le quali si usa l'ST_S32	Cognizione			
	Mobilità			
	Cura di sé			
	Relazioni			
	Vita quotidiana			
	Partecipazione			
	Punteggio totale			
Barthel Index (ADL) (0-100)	Alimentazione			
	Bagno/doccia			
	Igiene personale			
	Abbigliamento			
	Controllo sfinterico intestinale			
	Controllo sfinterico vescicale			
	Uso del gabinetto			
	Trasferimento letto – sedia /incluso mettersi a sedere sul letto)			
	Deambulazione (compresa la capacità di spingere la carrozzina)			
	le scale			
	Punteggio totale:			

Scala di Lawton-Brody – per le attività strumentali della vita quotidiana.	Abilità ad usare il telefono			
	Spostamenti fuori casa			
	Assunzione dei propri farmaci			
	Uso del proprio denaro			
	Fare la spesa			
	Preparare i pasti			
	responsabilità nell'uso dei medicinali			
	Cura della casa			
	Fare il bucato			
	Punteggio totale			
DD - C-GAS				

SCALE SPECIFICHE PER PATOLOGIA E ULTERIORE EVENTUALE DOCUMENTAZIONE SANITARIA	
ADOS-2	
ADI-R	
Compenso glicemico (HbA1c)	
EDSS	

FUNZIONAMENTO PERSONALE	
Cura della persona: autonomie personali	
Competenze comunicative: competenze relazionali	

Cura della persona e del proprio ambiente di vita	

FUNZIONAMENTO SOCIALE

DEFINIZIONE PREFERENZE E METE					
AREA	DOMINI QUALITÀ DELLA VITA	ASPETTATIVE PERSONA	ASPETTATIVE FAMIGLIA	ASPETTATIVE OPERATORI	METE
APPRENDIMENTO SOCIALITÀ ED AFFETTIVITÀ	<input type="checkbox"/> Autodeterminazione <input type="checkbox"/> Sviluppo Personale <input type="checkbox"/> Benessere Fisico <input type="checkbox"/> Benessere Emotivo <input type="checkbox"/> Benessere Materiale <input type="checkbox"/> Relazioni Interpersonale <input type="checkbox"/> Inclusione Sociale <input type="checkbox"/> Diritti e empowerment personale				
FORMAZIONE, LAVORO	<input type="checkbox"/> Autodeterminazione <input type="checkbox"/> Sviluppo Personale <input type="checkbox"/> Benessere Fisico <input type="checkbox"/> Benessere Emotivo <input type="checkbox"/> Benessere Materiale <input type="checkbox"/> Relazioni Interpersonale <input type="checkbox"/> Inclusione Sociale <input type="checkbox"/> Diritti e empowerment personale				
CASA E HABITAT SOCIALE	<input type="checkbox"/> Autodeterminazione <input type="checkbox"/> Sviluppo Personale <input type="checkbox"/> Benessere Fisico <input type="checkbox"/> Benessere Emotivo <input type="checkbox"/> Benessere Materiale <input type="checkbox"/> Relazioni Interpersonale <input type="checkbox"/> Inclusione Sociale <input type="checkbox"/> Diritti e empowerment personale				
SALUTE	<input type="checkbox"/> Autodeterminazione <input type="checkbox"/> Sviluppo Personale <input type="checkbox"/> Benessere Fisico <input type="checkbox"/> Benessere Emotivo <input type="checkbox"/> Benessere Materiale <input type="checkbox"/> Relazioni Interpersonale				

	<input type="checkbox"/> Inclusioni Sociale <input type="checkbox"/> Diritti e empowerment personale				
--	---	--	--	--	--

E- AREE DI INTERVENTO		
AREA	Barriere	Risorse/facilitatori
Apprendimento, socialità ed affettività		
Formazione, lavoro		
Casa e habitat sociale		
Salute		

INTERVENTI/PROGETTI ATTIVI				
PIANI PERSONALIZZATI LEGGE n. 162/1998	Importo	Prestazione	Monte Ore Settimanale	Incaricato Realizzazione
PROGETTO DOPO DI NOI	Importo	Prestazione	Monte Ore Settimanale	Incaricato Realizzazione
VITA INDIPENDENTE	Importo	Prestazione	Monte Ore Settimanale	Incaricato Realizzazione
INCLUDIS	Importo	Prestazione	Monte Ore Settimanale	Incaricato Realizzazione
RITORNARE A CASA	Importo	Prestazione	Monte Ore Settimanale	Incaricato Realizzazione
SAD	Importo	Prestazione	Monte Ore Settimanale	Incaricato Realizzazione
SET	Importo	Prestazione	Monte Ore Settimanale	Incaricato Realizzazione

SASS	Importo	Prestazione	Monte Ore Settimanale	Incaricato Realizzazione
HOME CARE PREMIUM	Importo	Prestazione	Monte Ore Settimanale	Incaricato Realizzazione
Cure domiciliari	Importo	Prestazione	Monte Ore Settimanale	Incaricato Realizzazione
_____	Importo	Prestazione	Monte Ore Settimanale	Incaricato Realizzazione
_____	Importo	Prestazione	Monte Ore Settimanale	Incaricato Realizzazione

Altro

INTERVENTI ASSISTENZIALI ATTIVI IN FAVORE DEL NUCLEO

Tipologia intervento	Ore sett	Tipologia prestazione	Durata intervento	Servizio di riferimento

ULTERIORI MISURE E INTERVENTI PREVISTI DALLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE ATTIVABILI SULLA BASE DELLE RISORSE DISPONIBILI

AREA	OBIETTIVI (ESITI)	DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI (SOSTEGNI)	FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE	VERIFICA OBIETTIVI R/E/F
APPRENDIMENTO SOCIALITÀ ED AFFETTIVITÀ				
FORMAZIONE, LAVORO				
CASA E HABITAT SOCIALE				
SALUTE				

FONDO IMPLEMENTAZIONE PROGETTO DI VITA
QUANTIFICATA IN RAGIONE DELLE FASCE DI REDDITO ISEE: EURO _____

PROGETTAZIONE INTERVENTI
 non previsti dall'offerta istituzionale

					Indicatori esito attesi	Pianificazione, monitoraggio e verifica esiti		
Intervento	Soggetto attuatore	Data inizio	Durata	Frequenza	Descrizione	Tempi di monitoraggio	Tempi di verifica esiti	

REFERENTE PER L'ATTUAZIONE DEL PROGETTO DI VITA

ai sensi dell'art. 29 decreto legislativo n. 64/2024

Cognome e Nome	Ente	Recapito telefonico
----------------	------	---------------------

L'attivazione di interventi legati al raggiungimento degli obiettivi del progetto di vita sarà gestita dai competenti enti sottoscrittori nella misura e con le modalità approvate dalla legislazione e programmazione delle singole fonti di finanziamento.

FIRMATARI DEL PROGETTO

FIRMATARI	NOME E COGNOME	ENTE DI APPARTENENZA	FIRMA
Titolare del progetto (in caso di minore, il genitore, o chi ne fa le veci)			
Amministratore di sostegno (curatore, tutore)			
Familiare/affine			
REFERENTE attuazione del progetto			
Medico del distretto			
Medico specialista			
Assistente sociale			
MMG/PLS			
Rappresentante dell'istituzione scolastica			
Rappresentante dei Servizi per l'inserimento lavorativo			

Referente di servizi pubblici e privati presso cui la persona fruisce di servizi o prestazioni			
Rappresentante di ETS			
Persona con funzioni di supporto per la partecipazione al procedimento			
Altro			