

□ **Allegato tecnico LU1**

**1- Area: cognitivo - SPMSQ**

**Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)**

	<b>giusto</b>	<b>sbagliato</b>
1. qual è la data di oggi? <sup>(1)</sup>	↑	↑
2. che giorno della settimana è?	↑	↑
3. dove siamo ora? <sup>(2)</sup>	↑	↑
4. qual è il suo indirizzo? <sup>(3)</sup>	↑	↑
5. quanti anni ha?	↑	↑
6. quando è nato? <sup>(1)</sup>	↑	↑
7. come si chiama il Papa? <sup>(4)</sup>	↑	↑
8. come si chiama il Presidente della Repubblica? <sup>(4)</sup>	↑	↑
9. come si chiamava il precedente Presidente? <sup>(4)</sup>	↑	↑
10. contare all'indietro da 20 di tre in tre fino a due	↑	↑

- (1) corretto solo se giorno, mese e anno sono giusti
- (2) basta anche una definizione generica purché corretta
- (3) corretto solo se completo di numero civico e località
- (4) corretto anche il nome laico del Papa o solo il cognome del Presidente

0-2 errori: memoria normale **livello 0**

3-4 errori: dubbio disturbo della memoria **livello 1,25**

5 o più errori: disturbo della memoria di probabile natura organica **livello 2,5**

**1- Area: cognitivo - AGED**

**SEZIONE B – VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA NELLE CURE DELLA PERSONA, DEL BISOGNO DI NURSING TUTELARE E INFERMIERISTICO**

<b>B1</b>	<b>COERENZA</b>			
	2	COERENTE		
	1	PARZIALMENTE O SALTUARIAMENTE INCOERENTE		
	0	INCOERENTE (BISOGNOSO DI SORV.CONT.)		
<b>B2</b>	<b>ORIENTAMENTO</b>	SORV. INCOERENTE E/O CONFUSO	1,00	Ba1
	2	BEN ORIENTATO	3,00	Ba2
		PARZIALMENTE O SALTUARIAMENTE		
	1	DISORIENTATO		
	0	DISORIENTATO TEMPORO-SPAZIALE		

**Tabelle di transcodifica “Area Cognitiva”** (dal documento NSIS, DOCUMENTO DI TRANSCODIFICA DEI SISTEMI DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE VERSO FAR, PAR. 1.1.3)

Coerenza (B1)	Orientamento (B2)	Asse
0	0	3
0	1	3
0	2	3
1	0	2
1	1	2
1	2	2
2	0	3
2	1	1

2	2	1
---	---	---

**DISTURBI COGNITIVI:** dall'area cognitiva, si mappano i valori così:

1 → 0

2 → 1,25

3 → 2,5

### SEZIONE D - DISTURBI COMPORTAMENTALI

	Frequenza	Gravità	Totale		
a) agitazione/aggressività,	Frequenza.a	Gravità_a	Totale_a=Frequenza.a* Gravità_a	D1	RF
b) disturbi del sonno,	Frequenza.b	Gravità_b	Totale_b=Frequenza.b* Gravità_b	D2	SRF
c) attività motoria aberrante	Frequenza.c	Gravità_c	Totale_c=Frequenza.c* Gravità_c	D3	RF
		NPI:	Totale_a+ Totale_b+ Totale_c	D4	RF

#### LEGENDA

FREQUENZA	
1	Meno di 1 volta alla settimana
2	1 volta per settimana
3	Più di 1 volta/settimana ma non tutti i giorni
4	Sempre presente

GRAVITA'	
1	Disturbante, controllato facilmente con supervisione e rassicurazioni, interferisce poco con le attività quotidiane
2	Comportamento che interferisce con le attività quotidiane ed è controllato solo con continui interventi del caregiver
3	Il comportamento è molto disturbante per la vita familiare ed è resistente agli interventi del caregiver; la risposta ai farmaci è nulla o instabile

## 2 – Area: Stato funzionale – Barthel

### BARTHEL INDEX : VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' dei pazienti anziani ricoverati in Ospedale per un evento Acuto

Paziente \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

Data ingresso \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

Data I° valutazione \_\_\_\_\_ /Data valutazione alla dimissione \_\_\_\_\_

ATTIVITA'	Punteggio prericovero (2 settimane prima)	Punteggio durante il ricovero	
		I°	II°

<b>Alimentazione</b> <b>0</b> = incapace <b>5</b> = necessita di assistenza ( es.per tagliare il cibo) <b>10</b> = indipendente			
<b>Fare il bagno</b> <b>0</b> = dipendente <b>5</b> = indipendente			
<b>Igiene Personale</b> <b>0</b> = necessita di aiuto <b>5</b> = si lava la faccia, pettina, lava i denti, rade			
<b>Vestirsi</b> <b>0</b> = <b>dipendente</b> <b>5</b> = necessita di aiuto ma svolge almeno metà del compito in tempo ragionevole <b>10</b> = indipendente, si mette le scarpe, usa bottoni, cerniere lampo			
<b>Controllo del Retto</b> <b>0</b> = incontinente <b>5</b> = occasionale incidente o necessità di aiuto <b>10</b> = continente			
<b>Controllo della vescica</b> <b>0</b> = incontinente <b>5</b> = occasionali incidenti o necessità di aiuto <b>10</b> = continente			
<b>Trasferimenti nel bagno</b> <b>0</b> = dipendente <b>5</b> = necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi, o usare carta igienica <b>10</b> = indipendente nell'uso del bagno o della padella			
<b>Trasferimenti sedia/letto</b> <b>0</b> = incapace, non equilibrio da seduto <b>5</b> = in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi <b>10</b> = minima assistenza e supervisione <b>15</b> = indipendente			
<b>Deambulazione</b> <b>0</b> = immobile <b>5</b> = indipendente con la carrozzina per > 45 m <b>10</b> = necessita di aiuto di una persona per > 45 m <b>15</b> = indipendente per > 45 m anche con ausili			
<b>Salire le scale</b> <b>0</b> = incapace <b>5</b> = necessita di aiuto o supervisione <b>10</b> = indipendente, può usare ausili			
<b>TOTALE ( 0 –100)</b>			

Indice Barthel livelli

**livello 0** ( autonomo o lieve dipendenza) punteggio da 100 a 75 → 0

**livello 1** (dipendenza moderata) punteggio da 50 a 75 → 1,5

**livello 2** ( dipendenza grave – completa #) da < 50 → 3

# non valutabile

**2– Area: Stato funzionale – AGED**

STATO FUNZIONALE: dalla funzione, si mappano i valori così:

- 1 → 0
- 2 → 1,5
- 3 → 3

**Tabelle di transcodifica “Area Funzionale”** (dal documento NSIS, DOCUMENTO DI  
TRANSCODIFICA DEI SISTEMI DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE VERSO FAR, PAR. 1.1.2 Tabelle  
di transcodifica “Area Funzionale”

Aged										
aiuto_alim	igiene inf	igiene sup	abb_sup	abb_cent	abb_inf	cont_anal	cont_urin	INTU (supporto cont urin)	numero casi	as A
0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	
0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
0	0	0	0	0	0	0	0	2	28	
0	0	0	0	0	0	1	0	2	13	
0	0	0	0	0	0	1	0	4	1	
1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
1	0	0	0	0	0	0	0	2	3	
1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
1	0	0	0	0	0	0	0	2	4	
1	0	0	0	0	0	1	0	2	1	
1	0	0	0	0	0	1	0	3	1	
1	0	0	0	0	0	1	1	2	1	



2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
2	0	1	1	0	0	0	0	0	2	1
2	0	1	1	0	0	0	0	0	2	1
2	0	1	1	0	0	1	0	0	2	1
2	0	1	1	0	0	2	2	2	2	1
2	0	2	0	0	0	0	0	0	2	1
2	0	2	1	0	0	2	2	2	0	1
2	0	2	1	1	1	1	1	1	2	1
2	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
2	1	1	1	1	1	1	2	2	0	1
2	1	1	2	2	2	2	2	2	0	1
2	1	2	1	1	1	0	1	1	2	1
2	1	2	2	1	1	0	0	0	2	1
2	1	2	2	1	1	0	0	0	2	1
2	1	2	2	1	1	0	0	0	2	1
2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1
2	1	2	2	1	1	2	2	2	0	1
2	1	2	2	1	1	2	2	2	0	1
2	1	2	2	2	2	2	2	2	0	1
2	1	2	2	2	2	2	2	2	0	1
2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	1

### 3 – Area: autonomia attività strumentali

Dalla sezione G1,

**0**= Non necessita di assistenza nelle IADL

**1**= Necessita di assistenza nelle IADL se ci sono almeno 2 voci con punteggio 0, ad esclusione delle voci 3, 4, 5

#### SEZIONE G1 – VALUTAZIONE DELL’AUTONOMIA NELLE ATTIVITA’ STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA

<b>G1.1</b>	<b>MEZZI DI COMUNICAZIONE (uso del telefono)</b>
2	Autosufficiente
1	Parzialmente autosufficiente
0	Non lo usa
<b>G1.2</b>	<b>ACQUISTI</b>
2	Autosufficiente
1	E’ in grado di effettuare piccoli acquisti
0	Non fa acquisti da solo/a
<b>G1.3</b>	<b>PREPARAZIONE PASTI</b>
2	Autosufficiente

1	Può riscaldare cibi precotti
0	Non prepara i pasti
<b>G1.4</b>	<b>PULIZIA DELLA CASA</b>
2	Autosufficiente
1	Necessita aiuto
0	Nessuna attività
<b>G1.5</b>	<b>LAVANDERIA</b>
2	Autosufficiente
1	Necessita aiuto
0	Nessuna attività
<b>G1.6</b>	<b>MEZZI DI TRASPORTO</b>
2	Autosufficiente
1	Usa veicoli speciali o deve essere accompagnato
0	Non ne usa
<b>G1.7</b>	<b>RESPONSABILITA' NELL'USO DEI MEDICINALI</b>
2	Autosufficiente
1	Assume medicinali solo se preparati in anticipo in dosi separate
0	Non è in grado di assumere correttamente i farmaci
<b>G1.8</b>	<b>GESTIONE FINANZE</b>
2	Autosufficiente
1	Necessita aiuto per operazioni complesse (Banca, contratti, ecc.)
0	Non maneggia denaro né ritira pensione

#### 4 – Area: Comorbilità

**0** - Più di un 1 o solo un 2

**0,75** - Più di un 2 o solo un 3

**1,5** - Più di un 3 o solo un 4

#### SEZIONE E – CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)

**Per ogni apparato segnare un punteggio secondo i seguenti codici**

0. Nessuna compromissione
1. La patologia non interferisce con le normali attività, il trattamento farmacologico non è strettamente necessario, la prognosi è eccellente
2. La patologia interferisce con le normali attività, il trattamento farmacologico è necessario, la prognosi è buona
3. La patologia è disabilitante, il trattamento farmacologico è necessario ed urgente, la prognosi può non essere buona
4. La prognosi quod vitam è riservata, i risultati degli interventi terapeutici incerti

1	Cuore	0	1	2	3	4
2	Iperensione (organi bersaglio valutati singolarmente)	0	1	2	3	4
3	Apparato vascolare (incluso vasi, linfatici, sangue, midollo, milza)	0	1	2	3	4
4	Apparato respiratorio (patologia sottolaringea)	0	1	2	3	4
5	Patologie occhio, orecchio, naso, gola, laringe	0	1	2	3	4
6	Apparato digerente superiore (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)	0	1	2	3	4
7	Apparato digerente inferiore (tenue, colon, ernie)	0	1	2	3	4
8	Fegato (patologia parenchimale)	0	1	2	3	4
9	Rene (solo il rene)	0	1	2	3	4
10	Tratto genito – urinario	0	1	2	3	4
11	Apparato muscolo scheletrico e cute	0	1	2	3	4
12	Sistema nervoso centrale e periferico (escluso patologia psichiatrica)	0	1	2	3	4
13	Sistema endocrino – metabolico (incluso sepsi e stati tossici)	0	1	2	3	4
14	Patologie psichiatrico-comportamentali (include demenza)	0	1	2	3	4
<b>INDICE DI COMORBILITA'</b> Segna il numero di categorie con punteggio $\geq$ a 2 ( <i>prime 13 categorie</i> )		/ 13				
<b>Categorie con punteggio <math>\geq</math> 3</b> Segna il numero di categorie con punteggio $\geq$ a 3 ( <i>prime 13 categorie</i> )						

## Allegato tecnico LU2

Il punteggio della valutazione sociale può variare da 0 a 8 ed è ricavato dagli item presenti nella scheda sociale della AGED Plus F, sezione H.

### SEZIONE H – VALUTAZIONE SOCIALE

<b>H0</b>	<b>DATI ANAGRAFICI</b>
H0.1	STATO CIVILE
H0.2	TITOLO DI STUDIO
<b>H1</b>	<b>SITUAZIONE ECONOMICA</b>
H1.1	<input type="checkbox"/> ISEE euro _____ <input type="checkbox"/> ISEE non conosciuto
H1.2	GIUDIZIO SINTETICO della situazione economica rispetto al progetto assistenziale <input type="checkbox"/> Totalmente indipendente <input type="checkbox"/> Dipendente da parenti o da altre persone <input type="checkbox"/> Dipendente dall'Ente pubblico
H1.3	PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI (ai sensi art. 433 e seg. Codice Civile) <input type="checkbox"/> Senza parenti <input type="checkbox"/> Fratelli/sorelle n. ____ <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a n. _____ <input type="checkbox"/> Nipoti n. _____
<b>H2</b>	<b>DOVE VIVE</b>
H2.1	<b>DOVE VIVE NORMALMENTE?</b> (escluse le soluzioni temporanee e provvisorie) <i>Barrare una sola risposta</i> <input type="checkbox"/> In casa <input type="checkbox"/> In appartamento protetto/ struttura non idonea <input type="checkbox"/> In istituto/struttura residenziale <input type="checkbox"/> In sistemazione precaria (es. albergo) <input type="checkbox"/> Senza dimora
<b>H3</b>	<b>CON CHI VIVE – SUPPORTO (SOLO SE H2.1= IN CASA)</b>
H3.1	CON CHI VIVE <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> In coppia (coniuge o convivente) <input type="checkbox"/> In famiglia (coniuge e figli, sorelle, ecc.) n. conv. _____ <input type="checkbox"/> Con persone non familiari (conviventi non a pagamento) n. conv. _____
H3.2	PROBLEMI SOCIOSANITARI DEI CONVIVENTI <input type="checkbox"/> Non presenti o non rilevabili <input type="checkbox"/> Mancanza di autonomia dei conviventi <input type="checkbox"/> Problemi di natura comportamentale (conflittualità, alcolismo, dipendenza, salute mentale)
H3.3	PERIODICITA' DELL'ASS. DA FAMILIARI O CONOSC. <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> 1-2 gg alla settimana <input type="checkbox"/> 3 – 4 <input type="checkbox"/> 5 – 6 <input type="checkbox"/> 7
H3.4	Tra i familiari e/o conoscenti su cui può contare, dove abita la persona che l'aiuta in modo più consistente? <i>Barrare una sola risposta</i> <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Nello stesso edificio <input type="checkbox"/> Entro 15 minuti <input type="checkbox"/> Entro 30 minuti <input type="checkbox"/> Entro un'ora <input type="checkbox"/> Oltre un'ora
H3.5	ASSISTENZA DIRETTA ALLA PERSONA ( <u>COMPILARE SOLO A DOMICILIO</u> : non barrare se non necessita di aiuto per la funzione)
	<input type="checkbox"/> Igiene della persona <input type="checkbox"/> aiuto sufficiente <input type="checkbox"/> aiuto parz. sufficiente <input type="checkbox"/> aiuto insufficiente
	<input type="checkbox"/> Bagno <input type="checkbox"/> aiuto sufficiente <input type="checkbox"/> aiuto parz. sufficiente <input type="checkbox"/> aiuto insufficiente
	<input type="checkbox"/> Abbigliamento <input type="checkbox"/> aiuto sufficiente <input type="checkbox"/> aiuto parz. sufficiente <input type="checkbox"/> aiuto insufficiente
	<input type="checkbox"/> Aiuto alla alimentazione <input type="checkbox"/> aiuto sufficiente <input type="checkbox"/> aiuto parz. sufficiente <input type="checkbox"/> aiuto insufficiente

<input type="checkbox"/>	Aiuto WC e/o dispositivi	<input type="checkbox"/>	aiuto sufficiente	<input type="checkbox"/>	aiuto parz. sufficiente	<input type="checkbox"/>	aiuto insufficiente
<input type="checkbox"/>	Aiuto alla mobilitazione da letto	<input type="checkbox"/>	aiuto sufficiente	<input type="checkbox"/>	aiuto parz. sufficiente	<input type="checkbox"/>	aiuto insufficiente
<input type="checkbox"/>	Aiuto alla deambulazione	<input type="checkbox"/>	aiuto sufficiente	<input type="checkbox"/>	aiuto parz. sufficiente	<input type="checkbox"/>	aiuto insufficiente
<input type="checkbox"/>	Assunzione medicinali	<input type="checkbox"/>	aiuto sufficiente	<input type="checkbox"/>	aiuto parz. sufficiente	<input type="checkbox"/>	aiuto insufficiente
<b>H3.6 ASSISTENZA NELLE ATTIVITA' DOMESTICHE E VITA DI RELAZIONE (non barrare se non necessita di aiuto per la funzione)</b>							
<input type="checkbox"/>	Pulizia della casa	<input type="checkbox"/>	aiuto sufficiente	<input type="checkbox"/>	aiuto parz. sufficiente	<input type="checkbox"/>	aiuto insufficiente
<input type="checkbox"/>	Lavanderia	<input type="checkbox"/>	aiuto sufficiente	<input type="checkbox"/>	aiuto parz. sufficiente	<input type="checkbox"/>	aiuto insufficiente
<input type="checkbox"/>	Preparazione pasti	<input type="checkbox"/>	aiuto sufficiente	<input type="checkbox"/>	aiuto parz. sufficiente	<input type="checkbox"/>	aiuto insufficiente
<input type="checkbox"/>	Acquisti	<input type="checkbox"/>	aiuto sufficiente	<input type="checkbox"/>	aiuto parz. sufficiente	<input type="checkbox"/>	aiuto insufficiente
<input type="checkbox"/>	Gestione del denaro	<input type="checkbox"/>	aiuto sufficiente	<input type="checkbox"/>	aiuto parz. sufficiente	<input type="checkbox"/>	aiuto insufficiente
<input type="checkbox"/>	Sostegno psicoaffettivo	<input type="checkbox"/>	aiuto sufficiente	<input type="checkbox"/>	aiuto parz. sufficiente	<input type="checkbox"/>	aiuto insufficiente
<input type="checkbox"/>	Supervisione diurna	<input type="checkbox"/>	aiuto sufficiente	<input type="checkbox"/>	aiuto parz. sufficiente	<input type="checkbox"/>	aiuto insufficiente
<input type="checkbox"/>	Supervisione notturna	<input type="checkbox"/>	aiuto sufficiente	<input type="checkbox"/>	aiuto parz. sufficiente	<input type="checkbox"/>	aiuto insufficiente
<b>H4 CONDIZIONI ABITATIVE (SOLO SE H2.1= IN CASA)</b>							
<b>H4.1 DISLOCAZIONE SUL TERRITORIO</b>							
<input type="checkbox"/>	Servita (Farmacie, poliambulatori, negozi, trasporti)						
<input type="checkbox"/>	Poco servita						
<input type="checkbox"/>	Isolata						
<b>H4.2 CARATTERISTICHE DELL'ABITAZIONE</b>							
<input type="checkbox"/>	insalubrità accertata						
<input type="checkbox"/>	tutti i servizi principali (wc, riscaldamento, ascensore)						
<input type="checkbox"/>	ne mancano alcuni. <input type="checkbox"/> servizi igienici (wc) <input type="checkbox"/> riscaldamento <input type="checkbox"/> ascensore						
<input type="checkbox"/>	l'abitazione presenta barriere architettoniche <input type="checkbox"/> interne <input type="checkbox"/> esterne						
<b>H4.3 TIPO DI ABITAZIONE</b>							
<input type="checkbox"/>	Casa di proprietà						
<input type="checkbox"/>	Casa in coabitazione						
<input type="checkbox"/>	Casa in affitto						
<input type="checkbox"/>	Sfratto/sgombero						
<b>H5 INTERVENTI E SERVIZI</b>							
<b>H5.1 Attualmente è assistito a domicilio da una badante e/o con altre forme di assistenza domiciliare?</b> (privata, del comune, di cooperativa, FRNA, collaboratrice domestica, ...) <i>Barrare una sola risposta</i>							
<input type="checkbox"/>	No						
<input type="checkbox"/>	Si						
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• per ..... ore al giorno (indicare numero medio di ore)</li> <li>• per ..... ore giorni alla settimana</li> </ul>						
	<i>Nota: per FRNA, aggiungere 2 ore al giorno per 7 giorni alla settimana</i>						
<b>H5.2 Frequenta un centro diurno?</b>							
<i>Barrare una sola risposta (compreso l'eventuale servizio di trasporto)</i>							
<input type="checkbox"/>	No						
<input type="checkbox"/>	Si						
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• per ..... ore al giorno (indicare numero medio di ore)</li> <li>• per ..... ore giorni alla settimana</li> </ul>						

<b>H99 GIUDIZIO SINTETICO SUL SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE</b>			
<input type="checkbox"/>	Ben assistito		
<input type="checkbox"/>	Parzialmente assistito		
<input type="checkbox"/>	Non sufficientemente assistito		

### Attribuzione del punteggio:

H1.1 Condizione economica	(da 0 a 2): incremento lineare	<b>0</b> se ISEE > 15.000 ; <b>2-(ISEE/15.000)</b> se ISEE < 15.000	da 0 a 2
<b>H2.1 Dove vive?</b>			
	In appartamento protetto/ struttura non idonea		5
	In istituto/struttura residenziale	<b>da 3 a 5:</b> 3 + ( 0 se ISEE > 15.000 ; 2-(ISEE/15.000) se ISEE < 15.000))	da 0 a 6
	In sistemazione precaria (es. albergo)		6
	Senza dimora		6
<i>In alternativa</i>	In casa:	difficoltà convivenza	(da 0 a 1,2) da 0 a 6

		sostegno sociale	(da 0 a 1,8)
		problemi abitativi	(da 0 a 1)
		interventi e servizi	(da 0 a 2)
<b>H.3.1) Con chi vive?</b>			
solo	1,20	se solo, non si può compilare il punto H.3.2	
in coppia	0,00		
in famiglia	0,00		
con persone non familiari	0,00		
<b>H.3.2) Problemi socio sanitari dei conviventi</b>			
Non presenti o non rilevabili	0,00		
Mancanza di autonomia	0,60	somma	
Problemi di natura comportamentale	0,60		
<b>H3.3) PERIODICITA' DELL'ASS. DA FAMILIARI O CONOSC.</b>		se si risponde nessuna alla H.3.3, non si compilano le altre voci H.3	
Nessuna	1,80		
1 o 2	0,70		
3 o 4	0,47		
5 o 6	0,23		
7	0,00		
<b>H3.4) Massima vicinanza di chi presta aiuto</b>			
convivente	0,00	una sola scelta	
nello stesso edificio	0,00		
fino a 15 minuti	0,08		
fino a 30 minuti	0,15		
fino a un'ora	0,23		
oltre un'ora	0,30		
<b>Supporto della rete sociale (H99, ricavato da H3.5 e H3.6)</b>			

Ben assistito	0,00	una sola scelta	
Parzialmente assistito	0,35		
Non sufficientemente assistito	0,70		
<b>H.4.1) Dislocazione sul territorio</b>			
servita	0,00	nota: punteggio massimo 1, sommando i punteggi relativi alle tre domande H.4.1 e H.4.2, H.4.3	
poco servita	0,25		
isolata	0,50		
<b>H.4.2) Caratteristiche dell'abitazione</b>			
servizi igienici in casa NO	0,25		
riscaldamento NO	0,25		
p. sopraelev. no ascensore SI	0,25		
condizioni di insalubrità SI	0,25		
barriere architettoniche interne SI	0,25		
barriere architettoniche esterne SI	0,25		
<b>H.4.3) Tipo di abitazione</b>			
sfratto /sgombero SI	0,25		
H5.1 Assistenza domiciliare	0,00	100 ore e più	
	0,50	35-99 ore	
H5.2 Centro Diurno	1,00	20- 34 ore	
N° ORE	1,50	<20 ore	
	2,00	0	
		Attenzione: le ore del punto H5.1 e del punto H.5.2 vanno sommate	