



**COMUNE DI BELMONTE MEZZAGNO**  
**Città Metropolitana di Palermo**

---

***SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (S.A.D.) PER ANZIANI***

***Scheda di valutazione multidimensionale della persona anziana per la definizione dell'intensità assistenziale***

***SEZIONE 1 – DATI ANAGRAFICI E FAMILIARI***

- *Nome e Cognome:* \_\_\_\_\_
- *Data di nascita:* \_\_\_\_\_
- *Codice fiscale:* \_\_\_\_\_
- *Residenza:* \_\_\_\_\_
- *Recapito telefonico:* \_\_\_\_\_

***Presenza caregiver principale:***

*Sì*

*No*

*Se sì: grado di parentela* \_\_\_\_\_

***SEZIONE 2 – CONDIZIONE ABITATIVA E AMBIENTALE***

***Tipologia abitazione:***

*Appartamento in condominio o palazzina*

*Appartamento indipendente*

**Accessibilità:**

- Adeguata (presenza di ascensore e/o strumenti di accesso all'abitazione in modo autonomo) (1)*
- Parzialmente adeguata (presenza di ascensore e/o strumenti di accesso all'abitazione con accompagnatore) (2)*
- Inadeguata (barriere architettoniche rilevanti che inibiscono l'accessibilità) (3)*

**Condizioni igienico-sanitarie:**

- Buone*
- Discrete*
- Scarse*

**Gestione degli spazi domestici:**

- Autonoma (preparazione pasti, pulizia stoviglie, riordino degli ambienti) (1)*
- Parzialmente autonoma (indicare ove presenti difficoltà) (2)*

---

*Non autonoma (3)*

**Presenza di rischi ambientali (cadute, incuria, accumulo):**

- Assenti (0)*
- Presenti (1) (specificare): \_\_\_\_\_*

Tot. \_\_\_\_\_

**SEZIONE 3 – VALUTAZIONE FUNZIONALE**

<i>Funzione</i>	<i>Autonomo (0)</i>	<i>Parziale (1)</i>	<i>Non autonomo (2)</i>
<i>Igiene personale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Vestizione</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Uso servizi igienici</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Alimentazione</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Mobilità</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Mobilità dettagliata:**

- Deambula autonomamente (1)*
- Deambula con ausili (2)*
- Non deambulante (3)*

**Trasferimenti (letto/sedia):**

- Autonomo (1)*
- Con aiuto (2)*

*Dipendente (3)*

Tot. \_\_\_\_

#### **SEZIONE 4 – VALUTAZIONE STRUMENTALE**

<i>Attività</i>	<i>Autonomo (0)</i>	<i>Parziale (1)</i>	<i>Non autonomo (2)</i>
<i>Preparazione pasti</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Pulizia casa</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Gestione farmaci</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Gestione denaro</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Spesa</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tot. \_\_\_\_\_

#### **SEZIONE 5 – CONDIZIONE SANITARIA**

*Patologie principali:* \_\_\_\_\_

##### ***Terapia farmacologica:***

*Assente (0)*

*Presente (1) (specificare):* \_\_\_\_\_

##### ***Gestione terapia:***

*Autonoma (0)*

*Supervisione necessaria (1)*

*Non autonoma (2)*

##### ***Presidi sanitari presenti:***

*Ossigenoterapia*

*Catetere*

*PEG*

*Medicazioni*

*Altro:* \_\_\_\_\_

##### ***Necessità assistenza sanitaria continuativa:***

*Bassa (1)*

*Media (2)*

*Alta (3)*

Tot. \_\_\_\_

## **SEZIONE 6 – IGIENE PERSONALE E UTILIZZO DEL BAGNO**

### **Tipologia bagno:**

- Doccia
- Vasca

### **Presenza ausili:**

- Maniglioni
- Sedia doccia
- Sollevatore
- Assenti

### **Adeguatezza bagno:**

- Adeguato
- Parzialmente adeguato
- Inadeguato

### **Bisogno assistenza igiene:**

- Nessuno (0)
- Parziale (1)
- Totale (2)

Tot. \_\_\_\_

## **SEZIONE 7 – ALIMENTAZIONE**

### **Preparazione pasti:**

- Autonoma (0)
- Parziale (1)
- Non autonoma (2)

### **Assunzione pasti:**

- Autonoma (0)
- Con aiuto (1)
- Dipendente (2)

### **Rischi nutrizionali:**

- Assenti (0)
- Presenti (1) (malnutrizione, disfagia, ecc.)

Tot. \_\_\_\_

## **SEZIONE 8 – CONDIZIONE SOCIALE E RETE DI SUPPORTO**

### **Rete familiare:**

- Adeguata (0)
- Parziale (1)
- Assente (2)

### **Rete amicale/vicinato:**

- Presente (0)
- Assente (1)

### **Frequenza contatti:**

- Quotidiana
- Settimanale
- Occasionale

### **Livello di isolamento sociale:**

- Assente
- Moderato
- Elevato

Tot. \_\_\_\_

## **SEZIONE 9 – BISOGNI ASSISTENZIALI**

### **Prestazioni richieste:**

- Igiene personale
- Cura della casa
- Preparazione pasti
- Assunzione farmaci
- Accompagnamento (visite, pratiche, spesa)

### **Frequenza necessaria:**

- Occasionale
- Settimanale
- Quotidiana

## **SEZIONE 10 – VALUTAZIONE DEL RISCHIO**

- Rischio cadute
- Isolamento sociale
- Trascuratezza/abbandono

*Non aderenza terapeutica*

**SEZIONE 11 – PUNTEGGIO COMPLESSIVO**

*Totale:* \_\_\_ / \_\_\_

***Classificazione bisogno assistenziale:***

*Basso (0-16)*

*Medio (17/33)*

*Alto (34/49)*

**SEZIONE 12 – OSSERVAZIONI DELL'ASSISTENTE SOCIALE**

---

---

---

*Assistente Sociale:* \_\_\_\_\_

*Utente/Familiare:* \_\_\_\_\_

*Data:* \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_