

S.Va.M.Di.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle Persone con disabilità

Progetto di Vita Personalizzato e Partecipato ai sensi del decreto legislativo 62/2024

Naviga alle sezioni

Dati Anagrafici

Informazioni personali del beneficiario

Diagnosi

Condizioni di salute attuali

Dati Sociali

Situazione familiare e contesto sociale

Condizioni Abitative

Abitazione e barriere architettoniche

Istruzione e Lavoro

Percorso scolastico e situazione lavorativa

Situazione Economica

ISEE e prestazioni economiche

Servizi

Servizi fruiti e sostegni familiari

Profilo ICF

Funzionamento secondo classificazione ICF

Aspettative

Obiettivi e richieste del beneficiario

Budget di Progetto

Costi e risorse necessarie

Verbale

Sintesi del progetto e firme

Calcolo Indici

Indici di gravità e classe di sostegno

Scheda di verifica

Verifiche programmate e risultati

DATI ANAGRAFICI del BENEFICIARIO

Anagrafica

Dati personali

Cognome

Nome

Data di nascita

Luogo di nascita

Codice Fiscale

Sesso

Maschio

Femmina

Documenti e residenza

Documento riconoscimento

Residenza

Cittadinanza

Italiana

Europea

Extracomunitaria

Telefono/Cellulare

Contatti e stato civile

Recapito mail/pec

Stato Civile

Professione

Consenso al trattamento dati

Figure di riferimento

Caregiver

Tutore-ADS

Medico Curante

Spec. di riferimento

Esercente la responsabilità genitoriale

Documenti aggiuntivi

Tessera sanitaria/codice fiscale


Trascina la tessera fiscale qui

Istanze e rivalutazioni

Istanza Progetto di Vita gg/mm/aaaa	Istanza Legge 112/2016 gg/mm/aaaa	Istanza Vita Indipendente gg/mm/aaaa	Istanza PEI gg/mm/aaaa
Campo: Istanza Progetto di Vita Istanza Legge 112/2016 Istanza Vita Indipendente Istanza PEI			
 Trascina i file qui o clicca			
<input type="radio"/>		Richiesta Valutazione: Progetto di Vita Personalizzato e Partecipato ai sensi del decreto legislativo 62/2024	
<input type="radio"/>		Rivalutazione ordinaria x scadenza periodo previsto	
Campo: Richiesta Valutazione / Rivalutazione ordinaria			
 Trascina i file qui o clicca			

test

Firme

Trascina le firme qui o clicca

DIAGNOSI DELLE ATTUALI CONDIZIONI DI SALUTE**Diagnosi attuali**

Diagnosi	Cod. ICD10	Principale	Comorbidità
Descrizione diagnosi	ICD10 (es. F84.0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrizione diagnosi	ICD10 (es. F84.0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrizione diagnosi	ICD10 (es. F84.0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrizione diagnosi	ICD10 (es. F84.0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descrizione diagnosi	ICD10 (es. F84.0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informazioni sintetiche sullo stato di salute (ultimi 30 giorni)

Altezza	Peso
<input type="text" value="Altezza (cm)"/>	<input type="text" value="Peso (kg)"/>
Assume farmaci?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se sì, quali farmaci	<input type="text" value="Elencare farmaci"/>
Utilizza ausili?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se sì, quali?	<input type="text" value="Elencare ausili"/>
Sta ricevendo qualche trattamento sanitario?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se sì, specificare	<input type="text" value="Specifica trattamento"/>
Ulteriori informazioni significative sullo stato di salute	
<input type="text" value="Note..."/>	

Fonti di diagnosi

- Beneficiario
 Familiari
 Medico di Medicina Generale/Pediatra di libera scelta
 Documentazione sanitaria
 Altro

Certificazioni

- Legge 104/92 art.3
- C.1
- C.3
- Invalidità Civile %
- Assegno di frequenza
- Indennità di accompagnamento
- Sordità Civile
- Cecità Civile
- Invalidità INAIL
- L. 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili"
- Altro
- Certificato Medico Introduttivo

Allegati Certificazioni

DATI SOCIALI E CULTURALI

Situazione familiare

Cognome e nome	Parentela (1)	Età	Recapiti	Conv./Vicinanza (2)	Giorni assistenza (3)	Autonomia (4)
<input type="text" value="Cognome e nome"/>	<input type="text" value="—"/> ▼	<input type="text" value="Età"/>	<input type="text" value="Telefono / Email"/>	<input type="text" value="—"/> ▼	<input type="text" value="0-7"/>	<input type="text" value="—"/> ▼ <input type="text" value="Dettagli (se NO)"/>
<input type="text" value="Cognome e nome"/>	<input type="text" value="—"/> ▼	<input type="text" value="Età"/>	<input type="text" value="Telefono / Email"/>	<input type="text" value="—"/> ▼	<input type="text" value="0-7"/>	<input type="text" value="—"/> ▼ <input type="text" value="Dettagli (se NO)"/>
<input type="text" value="Cognome e nome"/>	<input type="text" value="—"/> ▼	<input type="text" value="Età"/>	<input type="text" value="Telefono / Email"/>	<input type="text" value="—"/> ▼	<input type="text" value="0-7"/>	<input type="text" value="—"/> ▼ <input type="text" value="Dettagli (se NO)"/>

- **(1) Parentela:** 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
- **(2) Conv./Vicinanza:** C = convivente, V = immediate vicinanze, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora
- **(3) Giorni assistenza:** da 0 a 7 giorni/settimana
- **(4) Autonomia:** indicare SI/NO e specificare se NO

Guida ICF - Situazione familiare

Usa i campi come promemoria per raccogliere dati; compila e adatta manualmente il template pronto da incollare nella S.Va.M.Di.

Convivenza / Supporto diretto

giorni/settimana

ICF e310 (famiglia immediata) [Apri valutazione](#)

ICF e315 (famiglia estesa) [Apri valutazione](#)

ICF e320 (amici) [Apri valutazione](#)

ICF e325 (vicinato/collegli) [Apri valutazione](#)

Impatto del supporto ▼

****Rete familiare e sociale (ICF)**** - Il/La sig. ___ convive con ___; supporto diretto ****__ giorni/settimana****.
La rete allargata (parenti/vicini) garantisce aiuti ___.
****ICF**:** e310 = ****+__****, e315 = ****+__****, e320 = ****+__****, e325 = ****+__****.
****Impatto**:** il supporto familiare risulta ****(basso/medio/alto)**** nel compensare le limitazioni funzionali.

Personalizza il testo e copialo manualmente (CTRL+C / CMD+C) nella S.Va.M.Di.

Ricorda: +1...+4 = facilitatore, 0 = neutro, 1...4 = barriera. Valuta coerentemente con la rete effettiva.

2) CONDIZIONI ABITATIVE E CARATTERISTICHE DELL'ABITAZIONE

Vive presso

- Sua abitazione
- Abitazione del familiare
- Struttura residenziale
- Altro

Adeguatezza

Servizi igienici adeguati:

- SI
- NO

Superficie adeguata al n. persone:

- SI
- NO

Barriere architettoniche

- SI
- NO

Esterne

Interne

Ulteriori condizioni

Ascensore:

- SI
- NO

Sfratto esecutivo:

- SI
- NO

Servizi pubblici:

- servita
- poco servita
- isolata

Disponibilita' immobile ex L.112/2016:

- SI
- NO

Guida operativa ICF – Cosa rilevare

Utilizza questa checklist per raccogliere tutti gli elementi richiesti dal passo 2.

- Tipologia di abitazione, adeguatezza degli spazi e dei servizi igienici.
- Presenza di barriere architettoniche interne ed esterne, ascensore e accessibilità.
- Accessibilità del quartiere, viabilità, servizi e livello di isolamento.

Codici ICF principali: e155 (abitazione privata), e150 (spazi comuni/pubblici), e120 (ausili per mobilità), e540 (trasporti).

Usa i link di seguito per aprire la valutazione nella sezione ICF.

Qualificatore 0–4: 0 = nessun problema; 4 = problema completo.

Codifica ICF ambientale

e155 – Edifici uso privato [Apri valutazione](#)

e150 – Edifici uso pubblico/condominiale [Apri valutazione](#)

e120 – Prodotti/tecnologie per mobilità personale [Apri valutazione](#)

e540 – Servizi di trasporto [Apri valutazione](#)

Frase tipo pronta da personalizzare

Abitazione al ___ piano (con/senza) ascensore; presenti barriere (scale, soglie, spazi ristretti, bagno non adattato). Quartiere (servito/poco servito/isolato), marciapiedi (regolari/irregolari); servizi principali a __ km/min. ICF: e155 = __, e150 = __, e120 = __, e540 = __.

Gravità contesto abitativo: (lieve/moderata/grave/molto grave).

Compila i campi vuoti prima di trasferire il testo nella S.Va.M.Di.

Livello di gravità abitativa (tabella interna)

- Lieve
- Moderata
- Grave
- Molto grave

Tabella di Classificazione e Punteggio

1. Tabella delle condizioni abitative

Parametro	Descrizione Livello 0	1 – Lieve	2 – Moderata	3 – Grave	4 – Molto grave
Barriere architettoniche	Nessuna	Minime, aggirabili	Qualche difficoltà	Ostacoli gravi	Inaccessibile
Ascensore/piani	Piano terra/ascensore	1 piano senza asc.	2 piani senza asc.	>2 piani senza asc.	Non raggiungibile
Bagno accessibile	Completamente accessibile	Piccole difficoltà	Difficoltà moderate	Uso limitato	Non accessibile
Camera letto accessibile	Completamente accessibile	Piccole difficoltà	Difficoltà moderate	Uso limitato	Non accessibile
Spazi di movimento	Ampi, senza ostacoli	Qualche ostacolo	Spazi ristretti	Gravi impedimenti	Movimento impossibile
Riscaldamento/comfort	Ottimale	Lieve carenza	Carenza moderata	Grave carenza	Assente
Condizioni generali igieniche	Ottime	Lieve trascuratezza	Mediocri	Gravi carenze	Fatiscente

Nota: Puoi adattare o aggiungere altri parametri secondo il contesto.

2. Assegnazione del punteggio

- Ogni parametro viene valutato da 0 a 4, dove 0 indica nessun problema e 4 la situazione più grave.
- Per ogni parametro, assegna il punteggio secondo la colonna corrispondente.

3. Calcolo del punteggio globale delle condizioni abitative

Sommatoria semplice

Somma i punteggi di tutti i parametri valutati.

Livello di gravità abitativa

- **0-4** = Ottime condizioni abitative
- **5-8** = Lieve criticità
- **9-14** = Criticità moderata
- **15-20** = Grave criticità
- **>20** = Condizioni abitative molto gravi

NB: I valori di soglia sono indicativi, possono essere adattati.

Esempio pratico di compilazione

Parametro	Punteggio
Barriere architettoniche	0-4
Ascensore/piani	0-4
Bagno accessibile	0-4
Camera letto accessibile	0-4
Spazi di movimento	0-4
Riscaldamento/comfort	0-4
Condizioni igieniche	0-4
Totale	

Spiegazione passo-passo

1. **Valuta ogni parametro** delle condizioni abitative secondo la scala da 0 a 4, descritta in tabella.
2. Compila la colonna del punteggio per ogni voce.
3. Somma i punteggi per ottenere il totale.
4. Attribuisce il livello di gravità secondo la soglia indicata.
5. Se necessario, annota osservazioni o specificità (es: "Bagno accessibile solo con aiuto", "Ascensore spesso guasto", ecc.).

Così puoi avere una valutazione oggettiva, rapida e condivisibile delle condizioni abitative di ogni persona.

3) Istruzione e percorso scolastico

- Scuola infanzia
- Scuola primaria
- Scuola secondaria 1° grado
- Scuola secondaria 2° grado
- Università
- Altro

Note...

Tabella e Punteggio**Livello di Istruzione**

Livello di Istruzione	Punteggio
Nessuna scolarizzazione	<input type="text" value="4"/>
Solo scuola infanzia/primaria	<input type="text" value="3"/>
Scuola secondaria 1° grado	<input type="text" value="2"/>
Scuola secondaria 2° grado	<input type="text" value="1"/>
Università/alta formazione	<input type="text" value="0"/>
Altro (specificare)	<input type="text" value="2"/>

Note:

- Valore massimo = situazione più svantaggiata (es: assenza di scolarizzazione = 4).
- Valore minimo = autonomia culturale e opportunità maggiori (es: università = 0).

Calcolo

Se ci sono più livelli (es: licenza media + qualifica professionale): considera il livello più alto raggiunto.

4) Situazione lavorativa

Lavora attualmente:

SI

NO

Se sì, quale?

Tipologia contratto:

Stage formativo/lavorativo:

SI

NO

Note...

Tabella e Punteggio

Condizione lavorativa	Punteggio
Non lavora, nessuna esperienza né formazione/stage	4
Solo stage, nessun lavoro regolare	3
Lavoro saltuario/precario (contratti brevi, saltuari)	2
Lavoro stabile (tempo determinato/indeterminato)	1
Lavoro tutelato/protetto (es. cooperative sociali)	2
Pensionato (se non per invalidità)	1
Altro (specificare)	2-4*

*** Valore "Altro":**

Assegna 2 se si tratta di inserimento protetto, 3 se lavoro solo occasionale, 4 se totale inattività.

Calcolo

Prendi la situazione prevalente (se in più situazioni, scegli la più svantaggiata).

5) Mobilità e autonomia

Possesso di patente:

 SI NOSe NO, mezzo abituale: **Tabella e Punteggio**

Condizione	Punteggio
Patente di guida autonoma e mezzi propri	<input type="text" value="0"/>
Si sposta in autonomia con mezzi pubblici	<input type="text" value="1"/>
Si sposta con accompagnatore/parente	<input type="text" value="2"/>
Usa trasporti specifici per disabili (servizio)	<input type="text" value="3"/>
Totale dipendenza, nessun mezzo utilizzabile	<input type="text" value="4"/>

Calcolo

Se la persona ha più modalità, considera la modalità più frequente o la peggiore.

6) Altro

Situazione economica personale e familiare

ISEE socio sanitario (persona con disabilità, coniuge/figli) • ISEE familiare (nucleo anagrafico) •

Prestazioni e contributi

Pensioni Indennità Bonus caregiver Disabilità gravissima (art.3 D.M. 26/09/2016) Home care premium - prestazione prevalente
 Assegno d'inclusione sociale Polizze assicurative rischio morte Contributi abbattimento barriere architettoniche
 Altro

Guida operativa ICF – Cosa rilevare

Annota gli elementi chiave per descrivere la condizione economica secondo il passo 3 della guida.

- Risorse economiche personali e familiari (ISEE, entrate, spese).
- Benefici, contributi, indennità e loro adeguatezza rispetto ai bisogni.
- Eventuali barriere economiche che ostacolano l'accesso a prestazioni, ausili o percorsi riabilitativi.

Codici ICF principali: e165 (risorse economiche), e570 (servizi/benefici sicurezza sociale), e580 (servizi sanitari).

Usa i link di seguito per aprire la valutazione e assegnare i qualificatori nella sezione ICF.

Qualificatori: 0-4 per barriere (0 = nessun problema; 4 = barriera completa). Usa +1...+4 per facilitatori attivi.

Codifica ICF economica

e165 – Risorse economiche [Apri valutazione](#)

e570 – Servizi/benefici sicurezza sociale [Apri valutazione](#)

e580 – Servizi sanitari [Apri valutazione](#)

Frase tipo pronta da personalizzare

Condizione economica: ISEE familiare € ____, benefici attivi ____ (pensioni/indennità/contributi). ICF: e165 = __ (barriera), e570 = __ (facilitatore/barriera), e580 = __ (facilitatore/barriera).

Impatto: la situazione economica (non incide/incide moderatamente/incide in modo rilevante) sull'accesso e sulla continuità degli interventi.

Compila i campi vuoti per avere un testo pronto da trasferire nella S.Va.M.Di.

Impatto economico su accesso e continuità

- Non incide
- Incide moderatamente
- Incide in modo rilevante

Tabella e Punteggio

Parametro	Punteggio
ISEE familiare > € 30.000	0
ISEE familiare tra € 20.000 e € 30.000	1
ISEE familiare tra € 10.000 e € 20.000	2
ISEE familiare < € 10.000	3
Assenza di pensioni o indennità	1
Assenza totale di contributi/barriere/bonus	1
Assenza assegno d'inclusione sociale	1
Assenza Home Care Premium, polizze o altri sostegni economici	1
Disabilità gravissima riconosciuta (art.3 D.M./L.R./D.P.RS)	2
Riceve solo un sostegno economico minimo (es: solo indennità base)	1

Nota:

- Somma solo i parametri applicabili (se uno non è rilevante, lascia 0).
- Se la persona riceve **più sostegni**, detrai **1 punto** dal totale.
- Se la persona **non ha nessun sostegno** e ISEE < € 10.000: aggiungi +1 extra per gravità.

Calcolo finale del punteggio globale

1. Compila ogni sezione con il punteggio relativo.
2. Somma tutti i punteggi delle varie aree (istruzione, lavoro, mobilità, altro, economia).
3. Interpreta il punteggio totale:

Totale Punteggio	Significato
0-4	Situazione favorevole
5-8	Criticità lieve

Totale Punteggio	Significato
9-14	Criticità moderata
15 e oltre	Criticità grave o multipla

(le soglie sono indicative e possono essere adattate in base al servizio/ente di riferimento)

Esempio pratico di compilazione

Area	Punteggio
Istruzione	0-4
Lavoro	0-4
Mobilità	0-4
Altro	0-4
Situazione economica	0-4
Totale	

Interpretazione:

→ **Situazione di criticità grave**

→ Intervento sociale/priorità alta

Spiegazione sintetica

- **Ogni sezione** viene valutata con un punteggio: più è **basso**, più la situazione è favorevole; più è **alto**, più ci sono bisogni e criticità.
- I parametri economici danno maggior peso alle situazioni di svantaggio economico.
- Il **punteggio finale** serve a **prioritizzare gli interventi** o a monitorare l'evoluzione delle condizioni.

SERVIZI FRUITI ALLO STATO ATTUALE

Tipo di Servizio	Ente Erogatore	Ore Settimanali	Operatore di Riferimento	Note
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SOSTEGNI ATTIVATI DALLA FAMIGLIA

Tipo di Sostegno	Costo Mensile (€)	Ore/Frequenza Settimanali	Note
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SERVIZI FRUITI – CLASSIFICAZIONE ICF E PUNTEGGIO

Compilare i qualificatori ICF (0 = nessun fattore / 1 = facilitatore lieve / 2 = moderato / 3 = importante / 4 = facilitatore completo). Il **Punteggio = Peso × Qualificatore**.

Servizio	Descrizione attività	Figure professionali	Frequenza	Obiettivo del servizio	Fondi di spesa	Codice ICF	Peso	Qualificatore (0-4) / Punteggio
ADI (ass. dom. integrata) parte sanitaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	e580	4	<input type="text"/>
A.D.I. (Ass. dom. integrata) quota sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	e575	3	<input type="text"/>
Centro diurno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	e580	4	<input type="text"/>
Assistenza domiciliare (anziani)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	e580	4	<input type="text"/>
Residenzialità	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	e580	4	<input type="text"/>
Collaboratore infermiere specializzato	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	e355	2	<input type="text"/>
OSS / Educatore / Tecnico riabilitazione	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	e355 / e585	2-3	<input type="text"/>
Interventi riabilitativi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	e580	4	<input type="text"/>
Servizi / Contributi per il trasporto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	e540	3	<input type="text"/>
Altro (specificare)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Specificare	2	<input type="text"/>

Formula punteggio: $Punteggio = Peso \times Qualificatore$. Le tabelle possono essere compilate manualmente o mediante fogli Excel collegati.

Profilo di funzionamento secondo ICF

b — Funzioni del corpo

s — Strutture corporee

d — Attività e partecipazione

e — Fattori ambientali

Mostra solo il nome del dominio. Le card sono cliccabili per future espansioni.

ASPETTATIVE E RICHIESTE

Aspettative, desideri e preferenze

Descrivere qui...

Obiettivi a breve, medio e lungo termine

Descrivere obiettivi...

Enti di riferimento

Servizi e figure professionali coinvolte nel progetto

Elencare qui...

Firme

Budget di Progetto**Ambito Sanitario**

Descrizione sostegno	Risorsa	Frequenza	Costo mensile (€)	Costo annuale (€)	Stato di finanziamento
Es. fisioterapia	Es. privato/ASL	Es. 2/sett.	0,00	0,00	
Totale				0,00	0,00

Ambito Sociale

Descrizione sostegno	Risorsa	Frequenza	Costo mensile (€)	Costo annuale (€)	Stato di finanziamento
Es. educatore	Es. cooperativa	Es. 8h/sett.	0,00	0,00	
Totale				0,00	0,00

Ambito Lavorativo

Descrizione sostegno	Risorsa	Frequenza	Costo mensile (€)	Costo annuale (€)	Stato di finanziamento
Es. tutor lavoro	Es. azienda/servizio	Es. 4h/sett.	0,00	0,00	
Totale				0,00	0,00

Ambito Scolastico

Descrizione sostegno	Risorsa	Frequenza	Costo mensile (€)	Costo annuale (€)	Stato di finanziamento
Es. assistente autonomia	Es. scuola/cooperativa	Es. 5h/sett.	0,00	0,00	
Totale				0,00	0,00

Ambito Formazione Professionale

Descrizione sostegno	Risorsa	Frequenza	Costo mensile (€)	Costo annuale (€)	Stato di finanziamento
Es. corso di formazione	Es. ente formazione	Es. 3h/sett.	0,00	0,00	
Totale				0,00	0,00

Ambito Economico

Tipo contributo	SI/NO	Importo mensile (€)	Importo annuale (€)	Stato di finanziamento
Tipo contributo	<input type="checkbox"/>	0,00	0,00	
Tipo contributo	<input type="checkbox"/>	0,00	0,00	
Totale		0,00	0,00	

Verbale

Sintesi del progetto

Descrivere in maniera sintetica il progetto...

Partecipazione e supporto alle decisioni

Cognome e Nome	Ruolo	Qualifica	Ente	Firma/Allegato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="background-color: #007bff; color: white; padding: 5px 10px; border-radius: 4px; margin-right: 10px;">Carica allegato</div> <div>Nessun file selezionato</div> </div>

Partecipazione diretta alla valutazione/progetto

Sì No (tramite rappresentante legale / amministratore di sostegno / caregiver)

Persona di fiducia / supporto alla decisione

Cognome e Nome Relazione con beneficiario Recapiti

Modalità di espressione delle preferenze

Comunicazione verbale
 Comunicazione aumentativa/alternativa (CAA)
 Mediatore linguistico/culturale
 Altro (specificare)

Note narrative

Campo libero...

Tipologia di adattamento

Ambientale (barriere architettoniche, spazi, arredi)
 Tecnologico (ausili, software, dispositivi)
 Comunicativo (interprete LIS, supporti visivi, strumenti digitali)
 Organizzativo (tempi, turni, orari, modalità erogazione servizi)
 Altro (specificare)

Descrizione dettagliata (campo libero)

Descrivere l'accomodamento richiesto...

Stato di attuazione

- Richiesto
- In corso di attuazione
- Attuato
- Non attuabile (motivare)

Componenti UVM

Cognome e Nome (leggibili)	Ruolo	Convocato	Partecipante	Firma/Allegato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="background-color: #007bff; color: white; padding: 5px 10px; border-radius: 5px; margin-right: 10px;">Carica allegato</div> <div>Nessun file selezionato</div> </div>

Calcolo Indici di Gravità e Supporto

Indice di Gravità (IG)	Impatto Facilitatori (IF)	Classe di Supporto
0.00	0.00	...

Suggerimenti di Intervento

Ambito Scolastico/Formativo <ul style="list-style-type: none">• Strategie di classe e monitoraggio• Adattamenti ambientali prioritari (accessibilità)	Ambito Sanitario <ul style="list-style-type: none">• Follow-up e prescrizioni mirate• Presa in carico multidisciplinare	Ambito Sociale <ul style="list-style-type: none">• Partecipazione a gruppi comunitari• Accesso intensivo ai servizi sociali	Ambito Lavorativo <ul style="list-style-type: none">• Orientamento e flessibilità oraria• Adattamento postazione e tutoraggio continuo
---	---	---	--

Scheda di verifica e monitoraggio

Data Verifica	Operatore/Ente	Obiettivi Valutati	Esito	Azioni Correttive	Note
gg/mm/aaaa 	Nome/Ente...	Obiettivi...	-- Seleziona -- 	Azioni...	Note...
gg/mm/aaaa 	Nome/Ente...	Obiettivi...	-- Seleziona -- 	Azioni...	Note...

Ambito Sanitario

Descrizione sostegno	Risorsa	Frequenza	Proposta Obiettivo PI	Valutazione/Verifica obiettivo	Costo mensile (€)	Costo annuale (€)
Es. fisioterapia	Es. privato/ASL	Es. 2/sett.			0,00	0,00
Totale					0,00	0,00

Ambito Sociale

Descrizione sostegno	Risorsa	Frequenza	Proposta Obiettivo PI	Valutazione/Verifica obiettivo	Costo mensile (€)	Costo annuale (€)
Es. educatore	Es. cooperativa	Es. 8h/sett.			0,00	0,00
Totale					0,00	0,00

Ambito Lavorativo

Descrizione sostegno	Risorsa	Frequenza	Proposta Obiettivo PI	Valutazione/Verifica obiettivo	Costo mensile (€)	Costo annuale (€)
Es. tutor lavoro	Es. azienda/servizio	Es. 4h/sett.			0,00	0,00
Totale					0,00	0,00

Ambito Scolastico

Descrizione sostegno	Risorsa	Frequenza	Proposta Obiettivo PI	Valutazione/Verifica obiettivo	Costo mensile (€)	Costo annuale (€)
Es. assistente autonomia	Es. scuola/cooperativa	Es. 5h/sett.			0,00	0,00
Totale					0,00	0,00

Ambito Formazione Professionale

Descrizione sostegno	Risorsa	Frequenza	Proposta Obiettivo PI	Valutazione/Verifica obiettivo	Costo mensile (€)	Costo annuale (€)
Es. corso di formazione	Es. ente formazione	Es. 3h/sett.			0,00	0,00
Totale					0,00	0,00

Ambito Economico

Tipo contributo	SI/NO	Importo mensile (€)	Importo annuale (€)	Stato di finanziamento
Tipo contributo	<input type="checkbox"/>	0,00	0,00	
Tipo contributo	<input type="checkbox"/>	0,00	0,00	
Totale		0,00	0,00	