



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM/G5**

Tra i comuni di:

**CAPRANICA PRENESTINA, CASTEL SAN PIETRO ROMANO, CAVE, GALLICANO NEL LAZIO, GENAZZANO, PALESTRINA, ROCCA DI CAVE, SAN CESAREO, SAN VITO ROMANO, ZAGAROLO ED AUSL RMG.**

**Centro  
Diurno  
Disabili  
Adulti**

Codice utente SID \_\_\_\_\_

DATA compilazione scheda.....

DATA inizio attività.....

DATA dimissione.....

Motivo dimissione

1. inserimento in struttura
2. decesso
3. passaggio ad altro servizio
4. rinuncia (*allegare dichiarazione*)
5. conclusione del percorso
6. trasferimento dell'utente
7. altro

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome e Nome .....

Data e luogo di nascita .....

Stato civile .....

Indirizzo e residenza .....

Telefono utente .....

Telefono familiari .....

**COMPOSIZIONE FAMILIARE**

Nome e Cognome .....

Data e luogo di nascita .....

Indirizzo e residenza .....

Telefono.....

Grado di parentela: 1) coniuge ; 2) genitore ; 3) figlio/a ; 4) fratello/sorella ;  
5) altro parente  (specificare.....);  
6) altra persona  (specificare.....).

**MODALITA' DI COMPILAZIONE DELLA SCHEDA**

Colloquio ; visita domiciliare ;

**TIPOLOGIA UTENTE**

Fascia di età: 18-29 ; 30-45 ; 46 e oltre ;

**TIPOLOGIA STATO**

1) *tipo di disabilità* :

1.1) Psicica ; 1.2) Disabilità Fisica ; 1.3) Disabilità Plurima ;

2) *status giuridico*:

2.1. Stato di diritto	<input type="checkbox"/>
2.2 Soggetto posto a curatela *	<input type="checkbox"/>
2.3. Soggetto posto a tutela	<input type="checkbox"/>
2.4 Amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/>

\*è un ufficio di diritto privato posto a tutela di soggetti parzialmente incapaci legalmente.

3) *riconoscimento giuridico*

L. 104/92: SI ; NO

**SERVIZI ASL ATTIVATI**

1) CAD ; 2) STSMREE ; 3) UFFICIO H ; 4) altro .....

**SITUAZIONE SCOLASTICA**

.....  
.....

## INDICATORI SANITARI

Prima patologia  
Cod. ICD 9 – CM .....

Seconda patologia  
Cod. ICD 9 - CM .....

Altre patologie rilevanti  
Cod. ICD 9 – CM .....

Protesi / Ortesi / Ausili .....

I C F Dominio S 1 | | | | |  
2 | | | | |  
3 | | | | |  
4 | | | | |  
5 | | | | |  
6 | | | | |  
**TOT** | | | | |

I C F Dominio b1 | | | | |  
2 | | | | |  
3 | | | | |  
4 | | | | |  
5 | | | | |  
6 | | | | |  
**TOT** | | | | |

I C F Dominio d1 | | | | |  
2 | | | | |  
3 | | | | |  
4 | | | | |  
5 | | | | |  
6 | | | | |  
**TOT** | | | | |

TOT GENERALE | | | | |

## INDICATORI SOCIALI CON PUNTEGGIO

### SITUAZIONE ABITATIVA

Situazione sociale in relazione alla distanza chilometrica dell'abitazione dal centro e dai servizi con o senza collegamento.

1. Centro abitato con buon collegamento	0
2. Vicino al centro abitato poco collegato	2
3. Zona periferica con scarso/senza collegamento	4

### SITUAZIONE FAMILIARE

Composizione nucleo (assenza di familiari, familiari anziani idonei, malati e/o non idonei).

	PUNTEGGIO
Presenza di un familiare idoneo	0
Presenza di un anziano malato e/o non idoneo	2
Presenza di due familiari anziani malati e/o idoneo	4
Assenza di familiari	6

### INVALIDITA'

1. Dal 75% al 100%	0
2. Indennità di accompagnamento	2
3. Riconoscimento della L. 104/92 (per persone al di sotto dei 65 anni)	4

### RETI DI SOSTEGNO

	PUNTEGGIO
SERVIZI PRESENTI	0
SERVIZI NON PRESENTI	2
RETI FORMALI PRESENTI	0
RETI FORMALI NON PRESENTI	2
RETI INFORMALI PRESENTI	0
RETI INFORMALI NON PRESENTI	2

### INDICATORI SOCIALI

PUNTEGGIO INDICATORI SOCIALI : | | |

- Alto da 18 a 24
- Medio da 10 a 17
- Basso da 0 a 9



## ALTRI INDICATORI SOCIALI

### SITUAZIONE ABITATIVA

#### 1. Presenza di barriere architettoniche

I\_I si                      I\_I no

#### 2. Contesto familiare dell'utente

1. Vive solo	
2. Vive con entrambi i genitori con difficoltà (malati, anziani, con problematiche, etc)	<input type="checkbox"/>
3. Vive con entrambi i genitori senza difficoltà	<input type="checkbox"/>
4. Vive con un solo genitore con difficoltà	<input type="checkbox"/>
5. Vive con un solo genitore senza difficoltà	<input type="checkbox"/>
6. Vive presso altri parenti (fratelli, zii, etc)	<input type="checkbox"/>
7. altro (specificare .....)	<input type="checkbox"/>

#### 3. Rete di riferimento (sono ammesse più risposte)

1. Oltre i genitori non ha altri componenti familiari (sia conviventi che non)	<input type="checkbox"/>
1. Oltre i genitori ha altri componenti familiari (sia conviventi che non: fratelli, cugini )	<input type="checkbox"/>
2. Presenza di reti amicali o di vicinato	<input type="checkbox"/>
3. Medici di base e altri operatori ASL dei servizi territoriali	<input type="checkbox"/>
4. Operatori in servizio civile	<input type="checkbox"/>
5. Volontariato	<input type="checkbox"/>
6. Assistente familiare	<input type="checkbox"/>
3. Altro (specificare.....)	<input type="checkbox"/>



ACCETTAZIONE/CONSENSO DEL SERVIZIO

Preso visione del disciplinare

L'utente ( o il suo delegato o tutore)

Assistente Sociale Comune

---

Assistente Sociale ASL

\*\*\*

**Informativa ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo n.196/2003  
"Codice in materia di protezione dei dati personali" (Privacy)**

*Ai sensi del decreto legislativo n. 196 del 30.06.2003, si informa che questi, e i successivi dati, necessari per la fruizione del servizio integrato "Centro Diurno Disabili Adulti" saranno utilizzati dal Distretto socio-sanitario RMG5, dal Comune di residenza dell'utente e dalla ASL, saranno trattati esclusivamente per le finalità del servizio richiesto con il supporto dei mezzi cartacei e informatici secondo gli usi consentiti dalla legge. Sempre ai fini della fruizione del servizio di i dati saranno comunicati alle cooperative sociali e ad altri enti che effettuano interventi di sostegno ed assistenza.*

Firma del richiedente ( o suo delegato o tutore)

---



ACCETTAZIONE/CONSENSO AL SERVIZIO

Preso visione del disciplinare

L'utente ( o il suo delegato o tutore)

Assistente Sociale Comune

---

Assistente Sociale ASL

\*\*\*

**Informativa ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo n.196/2003  
"Codice in materia di protezione dei dati personali" (Privacy)**

*Ai sensi del decreto legislativo n. 196 del 30.06.2003, si informa che questi, e i successivi dati, necessari per la fruizione del servizio integrato "Centro Diurno Disabili Adulti" saranno utilizzati dal Distretto socio-sanitario RMG5, dal Comune di residenza dell'utente e dalla ASL, saranno trattati esclusivamente per le finalità del servizio richiesto con il supporto dei mezzi cartacei e informatici secondo gli usi consentiti dalla legge. Sempre ai fini della fruizione del servizio di i dati saranno comunicati alle cooperative sociali e ad altri enti che effettuano interventi di sostegno ed assistenza.*

Firma del richiedente ( o suo delegato o tutore)

---

RINUNCIA al SERVIZIO

Preso atto del Regolamento del Centro Diurno Disabili Adulti, io sottoscritto rinuncio al servizio erogato sino ad ora per:

---

---

---

---

---

---

Data:

L'utente ( o il suo delegato o tutore)

Ass. Sociale Comune.....