

**SCHEDA SALUTE**

(da compilarsi a cura del Medico di Medicina Generale o Medico di struttura pubblica o Medico convenzionato)

Per l'attribuzione dei punteggi relativi ai bambini da 0 a 3 anni occorre considerare solo le voci significative per l'età del bambino (es. attribuire punteggio "0" alla voce "è capace di vestirsi o spogliarsi da solo?" se anche i bambini non disabili della stessa età non ne sono capaci, come per il parlare, mangiare, camminare, fare il bagno da solo, ecc.)

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
 Nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Sesso: \_\_\_\_  
 Residente in: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_ n.: \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
 Data di rilascio certificazione L. 104/92 art. 3 comma 3: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
 Diagnosi: \_\_\_\_\_

**AREA A: Sensi e linguaggio****1. Presenta compromissione della capacità visiva e non correggibile da protesi?**

- 0. Non presenta alcuna compromissione della capacità visiva
- 1. Presenta una parziale compromissione della capacità visiva (decimista)
- 2. Presenta una marcata compromissione della capacità visiva (ventesimista)
- 4. Presenta una totale compromissione della capacità visiva (cieco assoluto)

**2. È in grado di distinguere e reagire coerentemente a voci, suoni, rumori?**

- 0. Sì
- 2. Parzialmente
- 3. Per nulla

**3. È in grado di reagire coerentemente alle sollecitazioni di natura tattile? (es. E' ipo/ipersensibile alle stimolazioni sensoriali)?**

- 0. Sì
- 2. Parzialmente
- 3. Per nulla

**4. È in grado di parlare correttamente e coerentemente in modo comprensibile da terzi non familiari?**

- 0. Sì, è in grado (Espressione verbale soddisfacente)
- 2. Alcune volte (L'articolazione della parola è molto difficoltosa, quasi incomprensibile)
- 4. No, non è mai in grado (Non vocalizza per niente o vocalizza per attirare l'attenzione su di sé)

**AREA B: Esecuzione delle attività quotidiane**

Vestirsi e svestirsi

**5. È capace di vestirsi e di spogliarsi da solo/a? Cioè di prendere i vestiti o il pigiama, di indossarli e toglierli?**

- 0. È completamente autonomo nel vestirsi e svestirsi: non ha mai bisogno del minimo aiuto
- 1. Collabora, ma ha bisogno di aiuto o di supervisione
- 2. Va completamente assistito/a in tutto (Es. tetraplegico, focomelico, disabile intellettivo grave)

Alimentazione

**6. Mangia senza bisogno di aiuto?**

- 0. Sì, è completamente autonomo
- 1. Necessita di aiuto parziale (per le operazioni più difficili quali tagliare, sbucciare)
- 2. Assistenza ed aiuto sono sempre necessari, va aiutato in tutto e va imboccato

**7. Per l'alimentazione necessita di particolare somministrazione dei pasti e preparazione dei cibi a causa di problemi di masticazione, deglutizione, digestione?**

- 0. No, non necessita di somministrazione, preparazione particolare dei cibi
- 1. Necessita di parziale somministrazione, preparazione dei cibi (si nutre con liquidi e cibi molli, qualche volta mangia cibi solidi)
- 2. Sì, necessita di totale preparazione particolare dei cibi (Si nutre solo con liquidi e con cibi molli che digerisce con grande lentezza)

Locomozione

**8. Riguardo alla locomozione:**

- 0. E' completamente autonomo nel camminare, nella locomozione
- 1. L'andatura è instabile
- 2. L'andatura è molto instabile, usa degli appoggi
- 3. Necessita di aiuto personale solo negli spostamenti più impegnativi (ad es. scendere le scale, entrare o uscire dal letto)
- 4. Necessita di aiuto personale anche per fare pochi passi
- 5. Non è in grado di deambulare autonomamente, neppure con la massima assistenza; o si muove sempre autonomamente in carrozzina
- 6. Si muove sempre in carrozzina con accompagnatore. Oppure presenta iperattività costante (da autismo e/o da sindromi collegate)
- 7. E' allettato

Orientamento spaziale

**9. E' in grado di orientarsi nell'ambiente circostante in autonomia?**

- 0. Sì, è in grado di orientarsi
- 1. E' incerto
- 2. No, non è in grado di orientarsi

Prensione e manualità

**10. Riesce a individuare, afferrare, mantenere e manipolare gli oggetti?**

- 0. Con sicurezza
- 1. Parzialmente
- 2. Non riesce nell'esecuzione di operazioni manuali complesse
- 4. Non vi riesce per niente

Igiene personale, continenza

**11. È capace di fare il bagno da solo/a, lavarsi, sistemarsi?**

- 0. Sì, è completamente autonomo/a nell'igiene personale
- 1. Deve essere aiutato/a o assistito/a parzialmente
- 2. Deve essere aiutato/a in tutto, necessita di assistenza completa

**12. Ha incontinenza urinaria?**

- 0. Mai
- 1. Talvolta
- 2. Sempre

**13. Possiede il controllo degli sfinteri?**

- 0. Possiede il controllo completo
- 1. Possiede il controllo parziale
- 2. Non possiede per nulla il controllo sfinterico

## AREA C: Vita di relazione

Reazioni emotive, comunicazione, comprensione

**14. Esprime ed attua sentimenti**, atteggiamenti e comportamenti adeguati e consoni alle situazioni ambientali e ai contesti sociali (ad esempio non esprime e non attua atteggiamenti/comportamenti di autodifesa da pericoli, o comportamenti stereotipati, o di auto/etero aggressività, ecc.)?

- 0. Sì
- 1. Parzialmente e con difficoltà
- 2. Per nulla

**15. Riesce sempre a farsi capire dagli altri e a far capire cosa vuole** nei rapporti interpersonali? (farsi capire/far capire = indicare, descrivere, spiegare, precisare, comprendere)

- 0. Sì
- 1. Parzialmente e con difficoltà
- 3. Per nulla

Memoria, Orientamento Temporale, Concentrazione

**16. Ha il senso dell'orientamento temporale?**

- 0. Sì
- 1. Parzialmente
- 2. No

**17. È in grado di mantenere l'attenzione e la concentrazione rispetto ad un dato compito/attività?**

- 0. Sì
- 1. Parzialmente
- 2. No

**18. E' in grado di ricordare in modo da poter svolgere e gestire le attività quotidiane in autonomia?**

- 0. Sì
- 1. Parzialmente
- 2. No

**PUNTEGGIO TOTALE** \_\_\_\_\_

**Il Medico**  
(Timbro e firma)

\_\_\_\_\_

**CERTIFICAZIONE PER PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA  
L.162/98 – PROGRAMMA GESTIONE ANNO 2024**

**MEDICO COMPILATORE**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

**DESTINATARIO PIANO PERSONALIZZATO LEGGE 162/98**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

**HANDICAP GRAVE** (Barrare la voce che interessa):

- CONGENITO  SI  NO

-HANDICAP GRAVE CONGENITO O COMUNQUE INSORTO ENTRO I 35ANNI ANNI  
D'ETA' :  SI  NO

**TIMBRO, DATA E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE**

\_\_\_\_\_