

Data _____

Cognome _____ Nome _____

VALUTAZIONE DEL GRADO DI AUTO- SUFFICIENZA

1. ATTESTAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Sintesi diagnostica _____

Riepilogo valutativo

(scheda 7 Del.CR.
214/91)

2. A.D.L.

Totale prove effettuate: _____

Si considera abitualmente patologico il soggetto che non riesce ad eseguire più di dieci prove

3. I.A.D.L.

Totale prove effettuate: _____

Si considerano autonomi i soggetti che riportano il punteggio cinque



4. PFEIFFER

Numero totale di errori: _____

0 - 2 errori: funzioni intellettive intatte

3 - 4 errori: lieve deterioramento delle funzioni intellettuali

5 - 7 errori: moderato deterioramento delle funzioni intellettuali

8 - 10 errori: grave deterioramento delle funzioni intellettuali



Servizio Sanitario della Toscana

5. PROBLEMI PSICHIATRICI

lievi medi gravi



Comune di Firenze

6. Idoneità della situazione sociale

	Sì	Parziale	No
Economica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiare/Integrazione sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abitativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>