



**REGIONE  
CAMPANIA**

**S.V.A.M.A.**  
**SCHEDA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE - ANZIANI**  
**SCHEDA C**  
**VALUTAZIONE SOCIALE**

**DATI ANAGRAFICI**

**Codice univoco della persona** \_\_\_\_\_  
 COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_  
 CITTADINANZA \_\_\_\_\_  
 RESIDENZA \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO \_\_\_\_\_  
 COMUNE DI RESIDENZA STORICA \_\_\_\_\_

**ACCESSO AL SISTEMA INTEGRATO**

SEDE DI ACCESSO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_  
 CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
 TESSERA SANITARIA \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ DS \_\_\_\_\_  
 MMG/PLS \_\_\_\_\_ RECAPITO \_\_\_\_\_  
 SEDE DI VALUTAZIONE \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

**1. Iniziativa della Domanda**

- propria  
 familiare o affine  
 soggetto civilmente obbligato  
 assistente sociale pertinente  
 medico  
 tutore  
 altro soggetto

**2. Tipologia della Domanda**

- assistenza domiciliare  
 assistenza semiresidenziale continuativa  
 assistenza semiresidenziale temporanea  
 assistenza residenziale continuativa  
 assistenza residenziale temporanea  
 altro (spec.) \_\_\_\_\_

**PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE**

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_  
 VIA \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_  
 TELEFONO \_\_\_\_\_ GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_

**EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA**

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_  
 VIA \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_  
 TELEFONO \_\_\_\_\_ RUOLO \_\_\_\_\_

## 1. PROFILO PERSONALE

MASCHIO  FEMMINA 

<b>1.1 Stato civile</b>
<input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> convivente <input type="checkbox"/> non dichiarato

<b>1.2 Titolo di studio</b>
<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> licenza elementare <input type="checkbox"/> licenza media inferiore <input type="checkbox"/> qualifica professionale <input type="checkbox"/> diploma media superiore <input type="checkbox"/> diploma di laurea / laurea I livello <input type="checkbox"/> laurea magistrale / laurea specialistica <input type="checkbox"/> non dichiarato
Specifica.....

<b>1.3 Condizione lavorativa</b>		
<input type="checkbox"/> Occupato/a	<input type="checkbox"/> occupazione stabile <input type="checkbox"/> occupazione temporanea <input type="checkbox"/> occupazione precaria	<input type="checkbox"/> in forma dipendente <input type="checkbox"/> in forma autonoma
<input type="checkbox"/> disoccupato/a <input type="checkbox"/> pensionato/a <input type="checkbox"/> cassintegrato/a		
Specifica.....		

## 2. CONDIZIONE ECONOMICA

2.1 ISEE del singolo utente	€ .....
2.2 Origine del reddito	<input type="checkbox"/> da lavoro <input type="checkbox"/> da pensione <input type="checkbox"/> da indennità ..... <input type="checkbox"/> da rendite .....
2.3 Ulteriore disponibilità mensile dei familiari per l'assistenza	<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> fino a € 500 <input type="checkbox"/> fino a € 1.000 <input type="checkbox"/> fino a € 2.500 <input type="checkbox"/> fino a € 3.000 <input type="checkbox"/> oltre
2.4 ISEE del nucleo familiare <sup>1</sup>	€ .....
2.5 Integrazione economica del Comune per l'assistenza	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Possibile Contributo                      retta                      voucher
<b>2.6 Valutazione della copertura economica di prestazioni assistenziali</b>	<b>1</b> <input type="checkbox"/> <b>Autonomo e in equilibrio finanziario:</b> persona che non ha bisogno di essere supportata da altri nelle spese della vita quotidiana e per aiuto assistenziale; <b>2</b> <input type="checkbox"/> <b>Riceve aiuto da parenti e/o da altre persone</b> (anche non conviventi) per le spese della vita quotidiana e per aiuto assistenziale; <b>3</b> <input type="checkbox"/> <b>In condizione di bisogno economico e senza aiuti da parenti o altre persone,</b> che necessita di assistenza sociale pubblica per le spese della vita quotidiana e per aiuto assistenziale.

<sup>1</sup> Tale voce non è rilevante ai fini della determinazione della compartecipazione economica se trattasi di non autosufficienti o disabili gravi

**3. CONDIZIONE ABITATIVA**

3.1 Tipologia abitativa		
<input type="checkbox"/> Senza fissa dimora	<input type="checkbox"/> alloggio improprio (baracca, container, basso, etc.)	
<input type="checkbox"/> con proprio domicilio		
<input type="checkbox"/> ospite c/o Struttura	<input type="checkbox"/> breve periodo	data termine _____
<input type="checkbox"/> ospite presso terzi	<input type="checkbox"/> breve periodo	data termine _____

3.2 Titolo di godimento dell'abitazione	3.3 Dislocazione sul territorio
<input type="checkbox"/> proprietà	<input type="checkbox"/> servita
<input type="checkbox"/> comodatato gratuito	<input type="checkbox"/> poco servita
<input type="checkbox"/> usufrutto	<input type="checkbox"/> isolata
<input type="checkbox"/> all. pubb. assegnato	
<input type="checkbox"/> fitto	
<input type="checkbox"/> sfratto esecutivo data _____	
<input type="checkbox"/> occupata abusivamente	

3.4 Spazio fruibile <sup>2</sup>	3.5 Barr. architettoniche <sup>3</sup>	3.6 Riscaldamenti	3.7 Servizi igienici
<input type="checkbox"/> non sufficiente	Piano .....Ascensore <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> assenti
<input type="checkbox"/> parz. suff.	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> presenti non funz.	<input type="checkbox"/> presenti
<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> solo interne	<input type="checkbox"/> presenti mal funz.	<input type="checkbox"/> non adeguati
	<input type="checkbox"/> solo esterne	<input type="checkbox"/> presenti funz.	
	<input type="checkbox"/> sia interne che esterne		

3.8 Ulteriori elementi rilevati sulla condizione abitativa ( umidità, fatiscenza, ecc.)

<b>3.9 Valutazione condizione abitativa</b>		
1 <input type="checkbox"/> inadeguata	2 <input type="checkbox"/> parzialmente adeguata	3 <input type="checkbox"/> adeguata

**4. CONDIZIONE FAMILIARE**

4.1 N. componenti del nucleo familiare .....			
4.2 Presenza carichi assistenziali nel nucleo familiare			
un figlio minore	<input type="checkbox"/>	due o più anziani non autosufficienti	<input type="checkbox"/>
due o più figli minori	<input type="checkbox"/>	un disabile	<input type="checkbox"/>
un anziano non autosufficiente	<input type="checkbox"/>	due o più disabili	<input type="checkbox"/>

4.3 Problematicità del nucleo familiare			
<input type="checkbox"/> devianza sociale	<input type="checkbox"/> 1 componente	<input type="checkbox"/> più componenti n. ....	
<input type="checkbox"/> problemi di salute	<input type="checkbox"/> 1 componente	<input type="checkbox"/> più componenti n. ....	
<input type="checkbox"/> problemi di disoccupazione	<input type="checkbox"/> 1 componente	<input type="checkbox"/> più componenti n. ....	
<input type="checkbox"/> problemi di lavoro	<input type="checkbox"/> 1 componente	<input type="checkbox"/> più componenti n. ....	
<input type="checkbox"/> problemi giudiziari	<input type="checkbox"/> 1 componente	<input type="checkbox"/> più componenti n. ....	
<input type="checkbox"/> dispersione scolastica	<input type="checkbox"/> 1 componente	<input type="checkbox"/> più componenti n. ....	
<input type="checkbox"/> basso livello d'istruzione	<input type="checkbox"/> 1 componente	<input type="checkbox"/> più componenti n. ....	

<b>4.4 Valutazione della condizione del nucleo familiare</b>			
<input type="checkbox"/> bassi carichi assist. e bassa problem.	<input type="checkbox"/> bassi carichi assist. e alta problem.	<input type="checkbox"/> alti carichi assist. e bassa problem.	<input type="checkbox"/> alti carichi assist. e alta problem.

<sup>2</sup> La sufficienza si valuta rispetto al numero vani disponibili per il nucleo familiare

<sup>3</sup> Se rilevante ai fini della valutazione del caso

4.5 Livello di stress del caregiver (Caregiver burden inventory -Cbi)							
(affermazioni che il caregiver ritiene più consone alla sua condizione)							
Tipo di Carico	Items a cui al caregiver principale si chiede di rispondere	per nulla	poco	moderatamente	parecchio	molto	Totale tipo
Temporale	T-D1. Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane	0	1	2	3	4	
	T-D2. Il mio familiare è dipendente da me	0	1	2	3	4	
	T-D3. Devo vigilarlo costantemente	0	1	2	3	4	
	T-D4. Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici)	0	1	2	3	4	
	T-D5. Non riesco ad avere un minuto di libertà dai compiti di assistenza	0	1	2	3	4	
Evolutivo	S6. Sento che mi sto perdendo vita	0	1	2	3	4	
	S7. Desidererei poter fuggire da questa situazione	0	1	2	3	4	
	S8. La mia vita sociale ne ha risentito	0	1	2	3	4	
	S9. Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente	0	1	2	3	4	
	S10. Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita	0	1	2	3	4	
Fisico	F11. Non riesco a dormire a sufficienza	0	1	2	3	4	
	F12. La mia salute ne ha risentito	0	1	2	3	4	
	F13. Il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute	0	1	2	3	4	
	F14. Sono fisicamente stanca	0	1	2	3	4	
Sociale	D15. Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto	0	1	2	3	4	
	D16. I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari	0	1	2	3	4	
	D17. Ho avuto problemi con il coniuge	0	1	2	3	4	
	D18. Sul lavoro non rendo come di consueto	0	1	2	3	4	
	D19. Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno	0	1	2	3	4	
Emotivo	E20. Mi sento in imbarazzo a causa del comportamento del mio familiare	0	1	2	3	4	
	E21. Mi vergogno di lui/lei	0	1	2	3	4	
	E22. Provo del risentimento nei suoi confronti	0	1	2	3	4	
	E23. Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa	0	1	2	3	4	
	E24. Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi	0	1	2	3	4	
<b>Intensità di Carico</b> (somma "Totale tipo"/24)							

## 5. CERTIFICAZIONE E ASSEGNI DI INVALIDITA' O PENSIONI

5.1 Certificazione invalidità civile parziale inferiore al 75%	1 <input type="checkbox"/> Sì % _____ 2 <input type="checkbox"/> No
5.2 Certificazione invalidità civile parziale tra 75% e 90%	1 <input type="checkbox"/> Sì % _____ 2 <input type="checkbox"/> No
5.2 Certificazione invalidità civile totale (100%)	1 <input type="checkbox"/> Sì Ind. Accomp. 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No
5.3 Assegno/pensione invalidità civile o pensione sociale >65enni invalidi civili	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No

## 6. SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE

6.1 Rete Parentale															
	Tipo di supporto <sup>4</sup>	Cognome Nome	Ruolo nella rete <sup>5</sup>	Età	Professione	Lontananza <sup>6</sup>	Indirizzo e telefono	Intensità attivazione attuale <sup>7</sup>	Si occupa di <sup>8</sup>			Intensità attivazione futura <sup>9</sup>	Si occuperà di <sup>10</sup>		
									ADL	iADL	supervisione		ADL	iADL	supervisione
1															
2															
3															
4															
5															
6															

6.2 Altra Rete (Colf – Badante – Amici – Volontari – etc.)															
1															
2															
3															
4															
5															

<sup>4</sup> S= Soggetto, assume responsabilità dell'intero processo di supporto (progettazione, esecuzione e valutazione); R= Risorsa, assume responsabilità operative eseguendo gli interventi programmati

<sup>5</sup> C= coniuge; CV= partner convivente; FI= figlio/a; FR= fratello/sorella; G= genitore; NO= nonno/a; N= nipote; GN= genero/nuora; AL= altro familiare; AV= amici vicini

<sup>6</sup> C= convivente; VI= immediate vicinanze; 15= entro 15 minuti; 30= entro 30 minuti; 60= entro 1 ora; 0= oltre 1 ora

<sup>7</sup> Indicare il numero di giorni a settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza (o lo è stata finora)

<sup>8</sup> Crocettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti); iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia); Supervisione (diurna e/o notturna)

<sup>9</sup> Indicare il numero di giorni a settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza (o lo è stata finora)

<sup>10</sup> Crocettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti); iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia); Supervisione (diurna e/o notturna)

<b>6.3 Scala di Responsabilizzazione - SR<sup>11</sup></b> (presenza di attori della rete parentale ed altra con tipo di supporto S)					
		Punteggio (a)	Presenza (b)	punteggio max	punteggio attribuito (a x b)
Sanitaria	Specialista	0,5		2	
	Infermiere	0,5			
	MMG	0,5			
	Altro	0,5			
	Altro	0,5			
Sociale	Assistente Sociale	0,5		2	
	OSS	0,5			
	Educatore	0,5			
	Altro	0,5			
	Altro	0,5			
Familiare	Familiare 1	2		4	
	Familiare 2	2			
	Parente 1	1			
	Parente 2	1			
	Altro fam/par	1			
Solidale	Volontario 1	1		2	
	Volontario 2	1			
	Volontario 3	0,5			
	Volontario 4	0,5			
	Volontario 5	0,5			
<b>TOTALE</b>					

<b>6.4 Livello Di Protezione Nello Spazio Di Vita - Lpsv<sup>12</sup></b>				
Tipo di attore	Punteggio (a)	n. presenti (b)	punteggio max	punteggio attribuito (a x b)
Soggetto (attuale e futuro)	6		12	
Risorsa (attuale e futura)	3		9	
Risorsa (futura)	1		3	
<b>TOTALE</b>				

<sup>11</sup> La Scala di responsabilizzazione (Sr) si desume dal prospetto di descrizione della rete e misura la capacità della famiglia e della comunità di condividere la responsabilità rispetto al problema della persona.

<sup>12</sup> Il Livello di protezione nello spazio di vita (Lpsv) si desume dal prospetto di descrizione della rete e misura la capacità della famiglia e della comunità di farsi carico dei bisogni della persona e della sua famiglia.

**6.5 Copertura Assistenziale Settimanale**

(segnare con una X le ore in cui è assicurata assistenza da Familiare, Servizio pubblico, Volontario, personale a Pagamento – nella riga Totale segnare la presenza di almeno uno degli attori, senza tener conto di eventuale compresenza – nella casella TOT. contare il numero di presenze segnalate nella riga Totale)

		ore														TOT.									
		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		21	22	23	24	1	2	3	4	5
<b>Lunedì</b>	F																								
	S																								
	V																								
	P																								
	<b>Totale</b>																								
<b>Martedì</b>	F																								
	S																								
	V																								
	P																								
	<b>Totale</b>																								
<b>Mercoledì</b>	F																								
	S																								
	V																								
	P																								
	<b>Totale</b>																								
<b>Giovedì</b>	F																								
	S																								
	V																								
	P																								
	<b>Totale</b>																								
<b>Venerdì</b>	F																								
	S																								
	V																								
	P																								
	<b>Totale</b>																								
<b>Sabato</b>	F																								
	S																								
	V																								
	P																								
	<b>Totale</b>																								
<b>Domenica</b>	F																								
	S																								
	V																								
	P																								
	<b>Totale</b>																								
		a) Totale ore settimanali																							
		<b>Indice copertura assistenziale giornaliera (Ica) = a/7</b>																							

<b>6.6 Autonomia della persona e capacità di supporto della rete</b>				
(per ogni attività segnare con una X la condizione rilevata):				
Attività	Autonomo	Supporto rete Sufficiente	Supporto rete Parzialmente Sufficiente o con tenuta precaria	Supporto rete Insufficiente
Preparazione dei pasti				
Pulizia della casa				
Lavanderia				
Effettuazione acquisti				
Alimentazione				
Bagno				
Toeletta personale				
Abbigliamento				
Uso del wc (o padella, o panno)				
Assunzione medicinali (se pertinente)				
Trasferimenti				
Deambulazione				
Gestione del denaro				
Sostegno psicoaffettivo				
Supervisione diurna				
Supervisione notturna				
<b>TOTALI X</b>				

**6.7 Valutazione autonomia della persona**

1  **Autonomo:** persona in grado di eseguire tutte le attività senza l'aiuto di altre persone (tutte le x sono presenti nella colonna "autonomo");

2  **Parzialmente dipendente:** persona che necessita di assistenza o supervisione di altri per alcune attività (non tutte le x sono presenti nella colonna "autonomo");

3  **Totalmente dipendente:** persona che necessita quotidianamente, in tutte le attività, dell'aiuto di altre persone (nessuna x è presente nella colonna "autonomo").

**6.8 Valutazione supporto rete**

1  **Presenza della rete familiare o informale:** in tutte le attività in cui il cittadino non è autonomo, le x sono presenti solo nella colonna "Supporto rete sufficiente";

2  **Presenza parziale e/o temporanea della rete familiare o informale:** nelle attività in cui il cittadino non è autonomo, le x sono presenti anche nella colonna "Supporto rete Parzialmente Sufficiente o con tenuta precaria";

3  **Assenza della rete familiare o informale:** nelle attività in cui il cittadino non è autonomo, le x sono presenti anche nella colonna "Supporto rete Insufficiente".

## 7. LIVELLO DI BISOGNO ASSISTENZIALE SOCIALE

<b>7.1 Necessità di interventi sociali</b>		
Intensità	Servizi	Necessità
Bassa	Servizi di prossimità	<input type="checkbox"/>
	Telesoccorso o teleassistenza	<input type="checkbox"/>
	Trasporto sociale	<input type="checkbox"/>
	Pasti o lavanderia a domicilio	<input type="checkbox"/>
	Altro .....	<input type="checkbox"/>
Media	Assegni economici per sostegno alla domiciliarità	<input type="checkbox"/>
	Assistenza domiciliare fino a 10 ore settimanali	<input type="checkbox"/>
	Semiresidenziali	<input type="checkbox"/>
	Altro .....	<input type="checkbox"/>
Alta	Assistenza domiciliare dalle 11 alle 18 ore settimanali	<input type="checkbox"/>
	Assistenza domiciliare oltre 18 ore settimanali	<input type="checkbox"/>
	Residenziali	<input type="checkbox"/>
	Altro .....	<input type="checkbox"/>

7.2 Servizi sociali attivi							
Intensità	Servizi	Cod.	Prestazioni	h /set.	N. mesi	Spec.	
Bassa	Servizi di prossimità						
	Telesoccorso o teleassistenza						<input type="checkbox"/> Com./Amb. <input type="checkbox"/> Com. /ASL <input type="checkbox"/> ASL
	Trasporto sociale						
	Pasti o lavanderia a domicilio						<input type="checkbox"/> comp.
	Altro .....						
Media	Assegni economici per sostegno alla domiciliarità						
	Assistenza domiciliare fino a 10 ore settimanali						<input type="checkbox"/> Integrata <input type="checkbox"/> comp. Retta Amb. _____, Retta S.S.R. _____, Retta Assist. _____,
	Semiresidenziali						
	Altro .....						
Alta	Assistenza domiciliare dalle 11 alle 18 ore settimanali						<input type="checkbox"/> Integrata <input type="checkbox"/> comp.
	Assistenza domiciliare oltre 18 ore settimanali						<input type="checkbox"/> Integrata <input type="checkbox"/> comp. Retta Amb. _____, Retta S.S.R. _____, Retta Assist. _____,
	Residenziali						
	Altro .....						

Codice ente rilevatore \_\_\_\_\_

Data ultimo aggiornamento \_\_\_\_\_

Chiusura scheda \_\_\_\_\_

**Assistente Sociale delegato a rappresentare l'Ambito Territoriale in sede UVI**

Nome e Cognome .....

Data .....

Firma.....

<b>SINTESI INDICATORI</b>																								
<b>CONDIZIONE ECONOMICA</b>																								
(2.6) Copertura economica prestazioni assistenziali	1 <input type="checkbox"/> Autonomo e in equilibrio finanziario	2 <input type="checkbox"/> Riceve aiuto da parenti e/o da altre persone	3 <input type="checkbox"/> In condizione di bisogno economico e senza aiuti																					
<b>CONDIZIONE ABITATIVA</b>																								
(3.9)	1 <input type="checkbox"/> inadeguata	2 <input type="checkbox"/> parzialmente inadeguata	3 <input type="checkbox"/> adeguata																					
<b>CONDIZIONE FAMILIARE</b>																								
(4.4) Condizione nucleo familiare	<input type="checkbox"/> bassi carichi ass. e bassa problem.	<input type="checkbox"/> bassi carichi ass. e alta problem.	<input type="checkbox"/> alti carichi ass. e bassa problem.	<input type="checkbox"/> alti carichi ass. e alta problem.																				
(4.5 Cbi) Stress del caregiver	0=Per nulla	1=poco	2=moderato	3=parecchio 4=molto																				
<b>SUPPORTO RETE SOCIALE</b>																								
(6.3 SR) Scala Responsabilizzazione	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
(6.5 Lpsv) Livello protezione spazio vita	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
(6.6 Ica die) Indice Copertura Assistenziale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
(6.7) Autonomia della persona	1 <input type="checkbox"/> Autonomo		2 <input type="checkbox"/> Parz. dipendente			3 <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente																		
(6.8) Supporto rete	1 <input type="checkbox"/> Presenza		2 <input type="checkbox"/> Presenza parziale			3 <input type="checkbox"/> Assenza																		
<b>LIVELLO DI BISOGNO ASSISTENZIALE SOCIALE</b>																								
Intensità	Servizi	(7.1) Necessari	(7.2) Già offerti	da offrire																				
Bassa	Servizi di prossimità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	Telesoccorso o teleassistenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	Trasporto sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	Pasti o lavanderia a domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	Altro .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Media	Assegni economici sostegno domiciliarità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	Assistenza domiciliare fino a 10 h/sett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	Semiresidenziali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	Altro .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Alta	Assistenza domiciliare dalle 11 alle 18 h/sett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	Assistenza domiciliare oltre 18 h/sett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	Residenziali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	Altro .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				

