

AMBITO "METAPONTINO COLLINA MATERANA"

COMUNE CAPOFILA POLICORO

COMUNI DI

ACCETTURA - ALIANO - CIRIGLIANO - COLOBRARO - CRACO - GORGOLIONE - MONTALBANO JONICO - NOVA SIRI - PISTICCI - ROTONDELLA - SAN GIORGIO LUCANO

SAN MAURO FORTE - SCANZANO JONICO - STIGLIANO - TURSI - VALSINNI

ALLEGATO B

•

**SCHEDA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE - DISABILI
VALUTAZIONE SOCIALE - S.VA.M.DI**

DATI ANAGRAFICI	
COGNOME	NOME
LUOGO DI NASCITA	DATA
CITTADINANZA	
RESIDENTE IN	
DOMICILIO	
CODICE FISCALE	

MMG/PLS _____ RECAPITO _____	
SEDE DI VALUTAZIONE _____ DATA _____	
1. Iniziativa della Domanda <input type="radio"/> propria <input type="radio"/> familiare o affine <input type="radio"/> soggetto civilmente obbligato <input type="radio"/> assistente sociale pertinente <input type="radio"/> medico <input type="radio"/> tutore <input type="radio"/> altro soggetto	2. Tipologia della Domanda <input type="radio"/> assistenza domiciliare <input type="radio"/> assistenza semiresidenziale continuativa <input type="radio"/> assistenza semiresidenziale temporanea <input type="radio"/> assistenza residenziale continuativa <input type="radio"/> assistenza residenziale temporanea <input type="radio"/> altro (spec.) _____

PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE	
COGNOME e NOME _____	
VIA _____	
COMUNE _____	
TELEFONO _____	
EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA	
COGNOME E NOME _____	
VIA _____	COMUNE _____
TELEFONO _____	RUOLO _____

1. PROFILO PERSONALE

MASCHIO FEMMINA

1.1 Stato civile

celibe/nubile coniugato separato divorziato vedovo convivente non dichiarato

1.2 Titolo di studio

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="radio"/> nessuno | <input type="radio"/> licenza elementare | <input type="radio"/> licenza media inferiore | <input type="radio"/> qualifica professionale |
| <input type="radio"/> diploma media superiore | <input type="radio"/> diploma di laurea/laurea I livello | <input type="radio"/> laurea magistrale/laurea specialistica | <input type="radio"/> non dichiarato |

Specifica:

1.3 Condizione lavorativa

- | | | |
|----------------------------------|---|--|
| <input type="radio"/> Occupato/a | <input type="radio"/> occupazione stabile
<input type="radio"/> occupazione temporanea
<input type="radio"/> occupazione precaria | <input type="radio"/> in forma dipendente
<input type="radio"/> in forma autonoma |
|----------------------------------|---|--|

disoccupato/a pensionato/a cassintegrato/a

Specifica

2. CONDIZIONE ECONOMICA

2.1 ISEE del singolo utente	€
2.2 Origine del reddito	<input type="radio"/> da lavoro <input type="radio"/> da indennità <input type="radio"/> da rendite
2.3 Ulteriore disponibilità mensile dei familiari per l'assistenza	<input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> fino a 500 € <input type="radio"/> fino a 1000 € <input type="radio"/> fino a 2.500 € <input type="radio"/> fino a 3.000 € <input type="radio"/> oltre 3.000 €
2.4 ISEE del nucleo familiare	€
2.5 Integrazione economica del Comune di residenza	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si possibile
2.6 Valutazione della copertura economica di prestazioni assistenziali	<p>1. Autonomo e in equilibrio finanziario: persona che non ha bisogno di essere supportata da altri nelle spese della vita quotidiana e per aiuto assistenziale</p> <p>2. Riceve aiuto da parenti e/o da altre persone (anche non conviventi) per le spese quotidiane e per aiuto assistenziale</p> <p>3. In condizione di bisogno economico e senza aiuto da parenti o altre persone, che necessita di assistenza sociale pubblica per le spese della vita quotidiana e per aiuto assistenziale</p>

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	
<input type="checkbox"/> proprietà	<input type="checkbox"/> fitto
<input type="checkbox"/> comodato gratuito	<input type="checkbox"/> sfratto esecutivo
(data.....)	
<input type="checkbox"/> usufrutto	<input type="checkbox"/> occupata abusivamente
<input type="checkbox"/> ali. pubb. assegnato	

3.3 Dislocazione sul territorio
<input type="checkbox"/> servita
<input type="checkbox"/> poco servita
<input type="checkbox"/> isolata

3.4 Spazio fruibile
<input type="checkbox"/> non sufficiente
<input type="checkbox"/> parz. suff
<input type="checkbox"/> sufficiente

3.5 Barr. architettoniche;
Piano <input type="checkbox"/> Ascensore
<input type="checkbox"/> assenti
<input type="checkbox"/> solo interne
<input type="checkbox"/> solo esterne
<input type="checkbox"/> sia interne che esterne

3.6 Riscaldamenti
<input type="checkbox"/> assenti
<input type="checkbox"/> presenti non funz.
<input type="checkbox"/> presenti mal funz.
<input type="checkbox"/> presenti funz.

3.7 Servizi igienici
<input type="checkbox"/> assenti
<input type="checkbox"/> presenti
<input type="checkbox"/> non adeguati

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

3.9 Valutazione condizione abitativa		
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.

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

4.5 Livello di stress del caregiver (Caregiver burden inventory -Chi) (affermazioni che il caregiver ritiene più consone alla sua condizione)

Tipo di Carico	Items a cui si chiede di rispondere al caregiver principale	PER NULLA	P O C O	M O D E R A T A M E N T E	P A R E C H I O	M O L T O	Totale tipo
T E M P O R A L E	T-01. Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane	0	1	2	3	4	
	T-02. Il mio familiare è dipendente da me	0	1	2	3	4	
	T-03. 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)	0	1	2	3	4	
	T-D5. Non riesco ad avere un minuto di libertà dai compiti di	0	1	2	3	4	
E V O L U T I V O	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	0	1	2	3	4	
F I S I C O	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	
S O C I A L E	D 15. Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto	0	1	2	3	4	
	D 16. I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari	0	1	2	3	4	
	D 17. Ho avuto problem con il coniuge	0	1	2	3	4	
	D 18. Sul lavoro non rendo come di consueto	0	1	2	3	4	
	D 19. Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno	0	1	2	3	4	
E M O T I V O	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	
Intensità di Carico (somma Totale tipo"/24)							

5. CERTIFICAZIONE E ASSEGNI DI INVALIDITA' O PENSIONI

5.1 Certificazione invalidità civile parziale inferiore al 75%	o SI % _____ o NO
5.2 Certificazione invalidità civile parziale tra 75% e 90%	o SI % _____ o NO
5.2 Certificazione invalidità civile totale (100%)	o SI % _____ o NO ind. Accomp. o SI % _____ o NO
5.3 Assegno/pensione invalidità civile o pensione sociale >65enni invalidi civili	o SI % _____ o NO

6. SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE

6.1 Rete Parentale														
1	a. Tipo di supporto	Cognome e nome	L. D. S. I. C.	E t à	Professione	Recapito	d. Intensità attivazione	e. Si occupa di:			f. Intensità attivazione	g. Si occuperà di:		
								A D L	I A D L	supervisione		A D L	I A D L	supervisione
1														
2														
3														
4														
5														

6.2 Altra rete (Colf; Badante; Amici; Volontari... etc...)														
1														
2														
3														
4														
5														

- a. S = Soggetto: assume responsabilità dell'intero processo di supporto (progettazione. esecuzione e valutazione); R= Risorsa, assume responsabilità operative eseguendo gli interventi programmati.
- b. 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.
- c. C = Convivente; VI= immediate vicinanze: 15 =entro 15 minuti; 30; entro 30 minuti; 60= entro 1 ora; O oltre 1 ora
- d. Indicare il numero di giorni a settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza (o lo è stata finora)
- e. Crocettare se si occupa di ADL (bagno. igiene. vestirsi, mangiare. trasferimenti); iADL (pulizia casa. acquisti. preparazione pasti. lavanderia I; Supervisione (diurna e/o notturna)
- f. Indicare il numero di giorni a settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza (o lo è stata finora)
- g. Crocettare se si occupa di ADL (bagno. igiene. vestirsi, mangiare. trasferimenti); iADL (pulizia casa. acquisti. Preparazione pasti, lavanderia); Supervisione (diurna e/o notturna).

6.3 Scala di Responsabilizzazione - SR¹

(presenza di attori della rete parentale ed altra con tipo di supporto S)

		Punteggio (a)	Presenza (b)	punteggio max	punteggio attribuito (a X b)
SANTARIA	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/parente	1			
SOLIDALE	Volontario 1	1		2	
	Volontario 2	1			
	Volontario 3	0,5			
	Volontario 4	0,5			
	Volontario 5	0,5			
TOTALE					

6.4 Livello Di Protezione Nello Spazio Di Vita - Lpsv²

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	
TOTALE				

¹ 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.

² 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 copresenza - 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
LUNEDI	F																								
	S																								
	V																								
	P																								
	TOT																								
MARTEDI	F																								
	S																								
	V																								
	P																								
	TOT																								
MERCOLE	F																								
	S																								
	V																								
	P																								
	TOT																								
GIOVEDI	F																								
	S																								
	V																								
	P																								
	TOT																								
VENERDI	F																								
	S																								
	V																								
	P																								
	TOT																								
SABATO	F																								
	S																								
	V																								
	P																								
	TOT																								
DOMENICA	F																								
	S																								
	V																								
	P																								
	TOT																								
A) TOTALE ORE SETTIMANALI																									
INDICE COPERTURA ASSISTENZIALE GIORNALIERA (Ica) = a/7																									

6.6 Autonomia della persona e capacità di supporto della rete

(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				
TOTALI X				

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 ASSISTENZA LE SOCIALE

7.1 Necessità di interventi assistenziali		
Intensità	Servizi	Necessità
Bassa	Servizi di prossimità	O
	Telesoccorso o teleassistenza	O
	Trasporto sociale	O
	Pasti o lavanderia a domicilio	O
	Altro	O
Media	Assegni economici per sostegno alla domiciliarità	O
	Assistenza domiciliare fino a 10 ore settimanali	O
	Semiresidenziali	O
	Altro	O
Alta	Assistenza domiciliare dalle 11 alle 18 ore settimanali	O
	Assistenza domiciliare oltre le 18 ore settimanali	O
	Residenziali	O
	altro	O

Punteggio (PSOC):

Ben assistito	Parzialmente assistito	Non sufficientemente assistito
1	2	3

Luogo e data _____

Case Manager _____

Beneficiario _____

Caregiver o tutore legale _____

RIEPILOGO SCHEDA C VALUTAZIONE SOCIALE CONVERSIONE IN PUNTEGGI PER LA PREDISPOSIZIONE DELLA GRADUATORIA

Ogni indicatore della "Scheda C" - Valutazione Sociale dovrà essere convertito in un punteggio secondo le seguenti istruzioni:

Nome e Cognome:					
INDICATORI		CONVERSIONE PUNTEGGI	PUNTEGGIO MASSIMO	PUNTEGGIO UTENTE	PUNTEGGIO CONVERTITO
VALUTAZIONE DELLA CONDIZIONE ABITATIVA	3.9	Adeguata= 1; Parzialmente Adeguata=2; Inadeguata=3	3		
VALUTAZIONE DELLA CONDIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE	4.4	Bassi carichi assist. e bassa problem.= 1; Bassi carichi assist. e alta problem.= 2; Alti carichi assist. e bassa problem.= 3; Alti carichi assist. e alta problem. = 4.	4		
LIVELLO DI STRESS DEL CAREGIVER	4.5	Intensità di carico :(somma "Totale Tipo"/ 24) Da 0 a 1 = 1pt; da 1,1 a 2 = 2pt; da 2,1 a 3 = 3pt; da 3,1 a 4 = 4pt	4		
SCALA DI RESPONSABILIZZAZIONE	6.3	Da 0 a 2,5 = 4pt; da 2,6 a 5 = 3pt; da 5,1 a 7,5 = 2pt; da 7,6 a 10 = 1pt	4		
LIVELLO DI PROTEZIONE NELLO SPAZIO DI VITA	6.4	Da 0 a 6 = 4pt; da 7 a 12 = 3pt; da 13 a 18 = 2pt; da 19 a 24 = 1pt	4		
COPERTURA ASSISTENZIALE SETTIMANALE	6.5	Indice di copertura assistenziale giornaliera (Ica) = totale ore settimanali/7 Per valori da 0 a 6 = 1pt; da 7 a 12 = 2pt; da 13 a 18 = 3pt; da 19 a 24 = 4pt	4		
VALUTAZIONE AUTONOMIA DELLA PERSONA	6.7	Autonomo = 1 pt; Parzialmente dipendente = 2 pt; Totalmente dipendente = 3 pt	3		
VALUTAZIONE SUPPORTO RETE	6.8	Presenza della rete familiare o informale = 1; Presenza parziale o temporanea della rete = 2 pt; Assenza della rete familiare o informale = 3 pt.	3		
		TOTALE	29		
ISEE:					

Luogo e data _____

Firme:

Case Manager

Beneficiario

Caregiver o tutore legale

