

SCHEDA DI VALUTAZIONE per ADULTI e/o MINORENNI

Allegato sub A/2

Valutazione del bisogno assistenziale per l'accesso agli interventi economici per la disabilità gravissima

Municipio _____	ASL _____
Data Richiesta _____ (gg/mm/ anno)	
<input type="checkbox"/> Valutazione all'ammissione <input type="checkbox"/> Rivalutazione periodica <input type="checkbox"/> Rivalutazione straordinaria	
Cognome _____	Nome _____
Tessera sanitaria _____	Esenzione ticket _____
Codice fiscale _____	
Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> altro _____	Sesso <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Data di nascita _____	Luogo Nascita _____
gg mm anno	Se Estero, riportare Stato di nascita
Residenza _____	Telefono _____
Comune/Municipio _____	(solo per Roma)
Indirizzo: Via n. civico _____	
Domicilio (se diverso dalla residenza) Via _____	
COMUNE _____	ASL _____

RIFERIMENTI

MMG/PLS _____
Tel _____
Indirizzo posta elettronica _____

Genitore /Tutore/ persona di riferimento contattabile
Cognome _____ Nome _____
Indirizzo _____
Comune _____ Tel. _____
Tipologia di rapporto con l'utente (tipo di parentela, rapporto privato ecc....)

27/2/2019
 [Signature]

VALUTAZIONE SOCIALE

Stato civile: <input type="checkbox"/> 1 celibe/nubile <input type="checkbox"/> 2 coniugato/a <input type="checkbox"/> 3 separato/a <input type="checkbox"/> 4 divorziato/a <input type="checkbox"/> 5 vedovo/a <input type="checkbox"/> 9 nondichiarato	Titolo d'istruzione conseguito: <input type="checkbox"/> 1 nessuno <input type="checkbox"/> 2 licenza elementare <input type="checkbox"/> 4 diploma mediasuperiore <input type="checkbox"/> 5 diploma universitario <input type="checkbox"/> 6 laurea <input type="checkbox"/> 7 post laurea <input type="checkbox"/> 8 professionale <input type="checkbox"/> 9 sconosciuto	Scuola frequentata attualmente: <input type="checkbox"/> 1 dell'infanzia <input type="checkbox"/> 2 elementare <input type="checkbox"/> 3 media inferiore <input type="checkbox"/> 4 media superiore <input type="checkbox"/> 5 università <input type="checkbox"/> 6 scuola professionale <input type="checkbox"/> 7 sconosciuta
---	---	---

Certificazioni e assegni d'invalidità o pensioni	
Invalidità civile SI <input type="checkbox"/> _____ %	NO <input type="checkbox"/> domanda in corso dal _____
Pensione d'invalidità <input type="checkbox"/> Pensione di Reversibilità <input type="checkbox"/> Legge '68/99 <input type="checkbox"/>	
Indennità di accompagnamento <input type="checkbox"/> Legge 104/92: Art.3 com. 1 <input type="checkbox"/> Art. 3 com. 3 <input type="checkbox"/>	
Invalidità INAIL <input type="checkbox"/> _____	
Cieco assoluto SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sordomuto SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Minore in difficoltà SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Minore ipoacusico SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Indennità di frequenza SI <input type="checkbox"/> _____ %	NO <input type="checkbox"/> domanda in corso dal _____
Certificazione L. 104/92 ai fini dell'integrazione scolastica SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Altro _____	

Necessità di accompagnatore per deambulare	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Necessità di assistenza continua	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Persona responsabile per sé	<input type="checkbox"/> Persona amministrata o disostegno	<input type="checkbox"/> Persona inabilitata	<input type="checkbox"/> Persona interdetta
--	--	--	---

27/2/2019
 [Signature]

CONTESTO FAMILIARE
Punteggio Max 20 punti

Il Disabile adulto vive:		
Con un familiare convivente con disabilità o problematiche di natura psichiatrica o di dipendenza	20	
Solo con minore/i	20	
Solo	20	
Solo con assistente familiare	15	
Con un solo familiare adulto e minori	10	
Con un solo familiare adulto	10	
Con un familiare adulto e assistente familiare o con più familiari adulti	5	
Il Disabile <u>minorenne</u> vive con:		
Genitore unico con attività lavorativa	20	
Genitori entrambi lavoratori di cui almeno uno a rischio perdita di lavoro	10	
Presenza nel nucleo familiari con invalidità civile riconosciuta al di sopra del 75%	20	
Presenza di altri minori in famiglia	10	
Genitori entrambi lavoratori	10	

PARTICOLARI CONDIZIONI SOCIALI E RELAZIONALI DEL NUCLEO FAMILIARE

(Punteggio max = 30)

- Presenza all'interno del nucleo familiare di situazioni conflittuali/relazionali tali da pregiudicare la condizione psico-fisica del disabile e/o presenza di provvedimenti dell'autorità giudiziaria a tutela di uno o più componenti del nucleo familiare (ad es. affidamento al servizio sociale, amministratore di sostegno)
(punti 5)
- Presenza di gravi difficoltà dei componenti il nucleo familiare relativamente all'igiene personale del disabile Impedimenti all'assistenza a favore del disabile da parte di un familiare per motivi di lavoro e/o salute dovuti alla stretta sussistenza del nucleo
(punti 5)
- Assenza/carenza di rete informale di supporto: rete parentale, amicale, vicinato, volontariato, ecc.; condizioni di grave isolamento e/o degrado del contesto esterno alla famiglia **(punti 5)**
- Non usufruire di attività svolte presso:
- Centri riabilitativi semiresidenziali (ex art.26);
 - Centri diurni socio-sanitari, socio-occupazionali, ecc. anche non finanziati dalla Regione Lazio **(punti 15);**

Totale Punteggio: | | |

27/2/2019
la

Situazione familiare (Nucleo Familiare: Famiglia ristretta e Famiglia allargata)

	CognomeNome	Parentela ¹	Eà	Professione	Indirizzo e Telefono	Lontananza ²	Intensità attivazione attuale *	Si occupa di ³		
								ADL	IADL	Supervisione
1										
2										
3										
4										
5										

Altre persone attive (compreso personale privato)

1										
2										
3										

Servizi attivati (sociali e sanitari) tra cui attività riabilitative di carattere semiresidenziale

1		3	
2		4	

¹ Valida inserire: C=coniuge, FI= figlio/a, FR=fratello/sorella, G=genitore, NO=nonno/a, ND= nipote diretto,

NI= nipote indiretto, NU=genero/nuora, AL =altro familiare, VI = amici/vicini, C= convivente.

² Valida inserire: V = immediate vicinanze, 15=entro 15 minuti, 30=entro 30 minuti, 60= entro 1 ora, O = oltre 1 ora.

*Indicare il numero di giorni a settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza.

³ Indicare, barrando la casella corrispondente, se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), IADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna)

FREQUENZA DEGLI ACCESSI

Ente/Associazione; tipologia servizio/attività; operatore coinvolto	L	MA	ME	G	V	S	D
Terapista Occup.le							
MMG							
Medico specialista							
Infermiere professionale							
OSS (ASL)							
Fisioterapista							
Assistente familiare							
Caregiver							
Volontari							
Psicologo							

27/2/2019
ls

SITUAZIONE ABITATIVA	
TITOLO DI GODIMENTO (unasolarisposta) <input type="checkbox"/> 1 proprietà <input type="checkbox"/> 2 usufrutto <input type="checkbox"/> 3 titolo gratuito <input type="checkbox"/> 4 non proprio, non in affitto presso _____	in affitto da: <input type="checkbox"/> 5a privato <input type="checkbox"/> 5b pubblico È in atto lo sfratto esecutivo? sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO (unasolarisposta) <i>rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)</i> <input type="checkbox"/> 1 servita <input type="checkbox"/> 2 poco servita <input type="checkbox"/> 3 isolata	
BARRIERE ARCHITETTONICHE <input type="checkbox"/> 1 assenti <input type="checkbox"/> 3 interne Piano: <input type="checkbox"/> 2 solo esterne <input type="checkbox"/> 4 interne ed esterne Ascensore fruibile dalla persona con disabilità sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
GIUDIZIO SINTETICO <input type="checkbox"/> 1 abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n° di persone, benservito) <input type="checkbox"/> 2 abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne/esterne che limitano la persona nel corretto utilizzo dell'risorsa residua e dei servizi) <input type="checkbox"/> 3 abitazione non idonea (alloggio pericoloso, fatiscente e di scarsa igienicità o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi abitano, e/o sfrattate esecutive, e/o isolate)	

VALUTAZIONE CONDIZIONE ABITATIVA E AMBIENTE DI VITA (Punteggio max = 10)		Punteggio
1 Spazi adeguati per alloggio assistente familiare (Stanza dedicata all'assistente familiare)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
2 Camera assistito dedicata (Spazio di vita proprio dell'assistito)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
3 Micro clima adeguato (Adeguata climatizzazione sia in estate che in inverno)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
4 Condizioni igieniche adeguate (adeguata sanificazione dell'ambiente)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
5 Condizioni strutturali adeguate (Struttura della casa es: umidità ed impianti Ter. Idr. El.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
6 Servizi igienici adeguati (Presenza wc, lavandino, doccia fruibile dall'assistito)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
7 Casa isolata (Lontana o difficilmente raggiungibile dai servizi essenziali)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
8 Barriere architettoniche (impediscono all'assistito la fruibilità degli spazi)	<input type="checkbox"/> SI interne <input type="checkbox"/> SI esterne <input type="checkbox"/> NO	
9 Abitazione in zona priva di mezzi di trasporto pubblici e infrastrutture	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Totale Punteggio		

N.B. Items 1- 6: Punteggio → Si = 0; No = 1

Items 7- 9: Punteggio → Si = 1; No = 0

27/2/2009
 De

SITUAZIONE POST RICOVERO		
Persona rientrata al proprio domicilio da struttura residenziale socio-sanitaria/riabilitativa	SI	NO
Data dimissioni : ___/___/___ (non antecedente oltre 30 giorni dalla data del presente documento)	5 punti	0 punti

SITUAZIONE ECONOMICA/ISEE	
Assegno-pensioneinvaliditàcivile	<input type="checkbox"/>
Indennitàdiaccompagnamento	<input type="checkbox"/>
Assegno - pensioneinvaliditàINPS	<input type="checkbox"/>
Categoria: _____ n.pensione: _____	
Altrepensioni	<input type="checkbox"/>
Redditodalavoro	<input type="checkbox"/>
Altre redditi	<input type="checkbox"/>
Indennitàdifrequenza	<input type="checkbox"/>
Nessunarisorsa	<input type="checkbox"/>
SPESAFISSAPERAFFITTOOMUTUO:	
ISEEOrdinario VALOREANNUO	
ISEE(socio-sanitario)VALOREANNUO	

SERVIZI DI ASSISTENZA	
Utente in carico al Municipio ____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Beneficiario di assistenza domiciliare	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Contributo di Cura (Caregiver)	
a) Utente beneficiario di <u>più tipologie</u> di assistenza (Home Care Premium e/o di altri contributi e/o servizi di assistenza domiciliare)	Punti 0
b) Utente beneficiario di <u>una sola tipologia</u> di assistenza (Home Care Premium, ecc.)	Punti 5
c) Utente NON beneficiario di alcun tipo di assistenza domiciliare	Punti 10
d) Caregiver che <u>non presta attività lavorativa</u> a tempo pieno	Punti 5
MAX	Punti 15
Assegno di Cura (Assistente Familiare)	
a) Utente beneficiario di <u>più tipologie</u> di assistenza (Home Care Premium e/o di altri contributi e/o servizi di assistenza domiciliare)	Punti 0
b) Utente beneficiario di <u>una sola tipologia</u> di assistenza (Home Care Premium, ecc.)	Punti 5
c) Utente NON beneficiario di alcun tipo di assistenza domiciliare in carico al Municipio	Punti 15
MAX	Punti 15

27/2/2019


PUNTEGGIO ISEE
(Punteggio max = 20)

ISEE	☐ € 0,00 €13.000,00 Punti20	☐ € 13.001,00 €25.000,00 Punti15	☐ € 25.001,00 €35.000,00 Punti 10	☐ € 35.001,00 €50.000,00 Punti5	☐ oltre € 50.000,00 Punti 0

N.B. Per l'accesso agevolato ai servizi e alle prestazioni socio-sanitarie, deve essere utilizzato:

- (1) per le persone in età evolutiva → l'**ISEE minorenni**, calcolato secondo quanto previsto nell'art.7 del DPCM 159/2013 e s.m.i. (*Prestazioni agevolate rivolte ai minorenni*). L'*ISEE minorenni* è l'indicatore per le prestazioni sociali agevolate rivolte a beneficiari minorenni, ovvero motivate dalla presenza di componenti minorenni nel nucleo familiare.
Se i genitori del figlio minorenne sono coniugati tra loro l'**ISEE minorennicoincide con l'ISEE ordinario**;
- (2) per le persone in età adulta → l'**ISEE per prestazioni agevolate di natura sociosanitaria**, calcolato secondo quanto previsto nell'art. 6 del DPCM 159/2013 e s.m.i.

VALUTAZIONE SOCIALE - SINTESI FINALE

(Valutazione conclusiva, valida per l'accesso al contributo – assegno di cura e/o servizio)

AREE VALUTATE		PUNTEGGIO	MAX PUNTEGGIO
1.	CONTESTO FAMILIARE		20
2.	SITUAZIONE FAMILIARE e RELAZIONALE		30
3.	CONDIZIONE AMBIENTALE		10
4.	SITUAZIONE ECONOMICA		20
5.	SERVIZI DI ASSISTENZA <u>CONTRIBUTO DI CURA – Caregiver</u>		15
	Oppure <u>ASSEGNO DI CURA - Assistente Familiare</u>		15
7	SITUAZIONE post ricovero		5
	TOTALE		100

27/12/2014
lee

PROPOSTA DI MODALITÀ DI EROGAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO SANITARI: Assistenza socio assistenziale in forma indiretta/diretta

Assegno di cura: nella forma indiretta, attraverso un contributo economico da corrispondere a personale qualificato scelto dall'utente o dalla famiglia (assistente familiare);

nella forma diretta, attraverso la libera scelta di un Organismo accreditato nel territorio di residenza;

Contributo di cura: attraverso l'individuazione di una persona che assicura le funzioni di caregiver, la cui idoneità allo svolgimento delle proprie mansioni deve essere valutata dall'U.V.M.

 Assistenza Medica Assistenza Infermieristica Assistenza Riabilitativa Interventi di Servizio Sociale

L'EQUIPE VALUTATIVA				
	Profilo Professionale	Strutturaafferenza	Cognome e Nome (leggibile)	Firma
1				
2				
3				
4				
5				
6				
Data gg mm anno				

27/2/2019
 Lx