

## SCHEDA DA COMPILARE A CURA DELL'UFFICIO

**SCHEDA DI VALUTAZIONE PER L'ACCESSO AL SERVIZIO DOPO DI NOI RM 4.3-RM 4.4**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PUNTEGGIO \_\_\_\_\_

DATA DELLA DOMANDA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° PROTOCOLLO \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

CONTINUITA'  SI  NO

### DATI ANAGRAFICI

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

TESSERA SANITARIA \_\_\_\_\_ ESENZIONE TICKET \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ DISTRETTO ASL \_\_\_\_\_

CITTADINANZA  Italiana  Altro \_\_\_\_\_ STATO CIVILE \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

RESIDENZA/COMUNE: \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

DOMICILIO (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO MAIL \_\_\_\_\_

COMUNE DI RESIDENZA STORICA \_\_\_\_\_

MEDICO/MMG \_\_\_\_\_ TEL/MAIL \_\_\_\_\_

### PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE

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

VIA \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_

TELEFONO/MAIL \_\_\_\_\_

GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_

### EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA

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

VIA \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_

TELEFONO/MAIL \_\_\_\_\_

RUOLO \_\_\_\_\_

### PROFILO PERSONALE

#### TITOLO DI STUDIO

- Nessuno  Licenza Elementare  Licenza Media Inf.  Qualifica professionale  Diploma Media Sup.  
 Diploma di Laurea/Laurea di 1° Livello  Laurea magistrale/Laurea specialistica  non dichiarato

Specifica \_\_\_\_\_

#### CONDIZIONE LAVORATIVA

- Occupato/a  Inoccupato/a  Disoccupato

Progetti di Sostegno all'INSERIMENTO LAVORATIVO (Tirocini Formativi – socio/riabilitativi – attività socialmente utili): \_\_\_\_\_

ISCRIZIONE AL CENTRO PER L'IMPIEGO \_\_\_\_\_

COLLOCAMENTO ORDINARIO \_\_\_\_\_ SPECIALE \_\_\_\_\_

### CONDIZIONE ECONOMICA

#### Valutazione della copertura economica di prestazioni assistenziali

- Autonomo e in equilibrio finanziario (persona che non ha bisogno di essere supportata nelle spese della vita quotidiana e per aiuto assistenziale)  
 Riceve aiuto da parenti e/o altre persone (anche non conviventi) per le spese della vita quotidiana e per aiuto assistenziale  
 In condizione di bisogno economico e senza aiuti da parenti o altre persone (che necessita di assistenza sociale pubblica per le spese della vita quotidiana e per aiuto assistenziale)

#### Punteggio

4  Inadeguata      2  Parzialmente Adeguata      1  Adeguata

#### Situazione Reddittuale

Ulteriore disponibilità mensile per assistenza  Nessuna  fino a 500  Fino a 1000  fino a 2500  fino a 3000  Oltre ISEE del Nucleo Familiare € \_\_\_\_\_

Integrazione economica del Comune per Assistenza  NO  SI  Possibile  Contributo  Intervento Diretto

#### Punteggio

- 6  ISEE da 0 a 6.000 euro senza altri contributi  
5  ISEE da 0 a 6.000 euro con altri contributi  
4  ISEE da 0 a 6.001 euro a 7.200 euro  
3  ISEE da 7.201 euro a 8.400 euro  
2  ISEE da 8.401 euro a 9.600 euro  
1  ISEE da 9.601 euro a oltre

### CONDIZIONE ABITATIVA

#### Tipologia Abitativa

- Senza fissa dimora/Alloggio improprio \_\_\_\_\_  
 con proprio domicilio  ospite presso Struttura Residenziale \_\_\_\_\_

#### Titolo di godimento dell'abitazione

- Proprietà  Fitto  All. Pubblico Assegnato Altro \_\_\_\_\_

#### Dislocazione sul territorio

- Servita  Poco servita  Isolata

### Spazio Fruibile

Non sufficiente  Parz. Sufficiente  Sufficiente

### Barriere Architettoniche

Assenti  Solo Interne  Solo Esterne  Sia interne che esterne

### Ulteriore elementi rilevati sulla condizione abitativa

### Punteggio

**10**  Inadeguata

**5**  Parzialmente Adeguata

**3**  Adeguata

## CONDIZIONE FAMILIARE

**Componenti del Nucleo familiare** \_\_\_\_\_

### Presenza Carichi Assistenziali del nucleo familiare

figli minori \_\_\_\_\_

anziani non autosufficienti \_\_\_\_\_

persone con disabilità \_\_\_\_\_

### Problematicità del nucleo familiare

devianza sociale \_\_\_\_\_

problemi di salute \_\_\_\_\_

problemi di disoccupazione/lavoro \_\_\_\_\_

problemi giudiziari \_\_\_\_\_

Basso livello di Istruzione/Dispersione scolastica \_\_\_\_\_

### Punteggio

**7**  Bassi Carichi Assistenziali/Bassa Problematica **5**  Bassi Carichi Assistenziali/Alta Problematica

**3**  Alti Carichi Assistenziali/Bassa Problematica **1**  Alti Carichi Assistenziali/Alta Problematica

### “Sostegno” da parte del nucleo familiare

#### Punteggio

**Famiglia ristretta** 0  Assente 1  Barriera 2  Facilitatore

**Famiglia allargata** 0  Assente 1  Barriera 2  Facilitatore

### “Promozione” da parte del nucleo familiare della vita relazionale

#### Punteggio

**Famiglia ristretta** 0  Assente 1  Barriera 2  Facilitatore

**Famiglia allargata** 0  Assente 1  Barriera 2  Facilitatore

## CONDIZIONE LEGATA ALLA DISABILITA'

**TIPO DISABILITA'**  INTELLETTIVA  PISCHICA  MOTORIA  SENSORIALE

COMPLESSA (specificare) \_\_\_\_\_

Necessita di accompagnatore per deambulare  SI  NO

Necessita di assistenza continua  SI  NO

Necessita di operatore personale  SI  NO

### PROBLEMATICHE COMPORTAMENTALI

SI  NO “Vagare senza alcun motivo relazionale, apparentemente senza badare ai propri bisogni ed alla sicurezza”

- SI  NO “Usare linguaggio offensivo – ha spaventato, minacciato, gridato ad altre persone”
- SI  NO “Essere fisicamente aggressivo – ha colpito, ferito, graffiato, abusato di altre persone”
- SI  NO “Comportamento socialmente inadeguato - mette suoni fastidiosi, rumori, urla, compie atti di autolesionismo, compie atti osceni o si spoglia in pubblico, lancia cibo/feci, rovista tra le cose degli altri, ha comportamenti ripetitivi, si sveglia presto e disturba”
- SI  NO “Rifiutare il sostegno – rifiuta di prendere le medicine, la gestione dell’igiene personale, la adeguata alimentazione”

#### ASPETTATIVE E COERENZA CON IL MANDATO

##### INIZIATIVA DELLA DOMANDA

- Personale
- Familiare/Amministratore di Sostegno/Tutore \_\_\_\_\_
- Servizio Sociale di Riferimento \_\_\_\_\_
- Servizio Sanitario di Riferimento \_\_\_\_\_

##### CAPACITA' DI AUTO-DETERMINAZIONE

- Incapace di auto-determinarsi
- Parzialmente capace di auto-determinarsi
- Capace di auto-determinarsi

##### COERENZA CON IL MANDATO DELL'INTERVENTO

- Richiesta ed aspettative NON coerenti
- Richiesta ed aspettative coerenti

##### IL BISOGNO e le PROBLEMATICHE EMERGENTI

- Sociale \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Sanitario \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Economico \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### MAPPATURA DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI PRESENTI

**Domiciliare** \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ ore  settimanali  mensili

Rapporto Operatore/Utente \_\_\_\_\_

Figure Professionali Previste \_\_\_\_\_

**Residenziale** \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ ore  settimanali  mensili

Rapporto Operatore/Utente \_\_\_\_\_

Figure Professionali Previste \_\_\_\_\_

**Semi-residenziale** \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ ore  settimanali  mensili

Rapporto Operatore/Utente \_\_\_\_\_

Figure Professionali Previste \_\_\_\_\_

**Disabilità Gravissima/Legge 20** \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ ore  settimanali  mensili

Rapporto Operatore/Utente \_\_\_\_\_

Figure Professionali Previste \_\_\_\_\_

**Vita Indipendente** \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ ore  settimanali  mensili

Rapporto Operatore/Utente \_\_\_\_\_

Figure Professionali Previste \_\_\_\_\_

**Dopo di Noi** \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ ore  settimanali  mensili

Rapporto Operatore/Utente \_\_\_\_\_

Figure Professionali Previste \_\_\_\_\_

**Sostegni economici/Reddito di Cittadinanza/Voucher** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sostegni di natura sanitaria (fisioterapia, Cad...)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Altre forme di sostegno (HCP-Efamily-Assistente familiare...)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Necessità e/o disponibilità personale/familiare per il Trasporto**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>COPERTURA ASSISTENZIALE SETTIMANALE</b>																											
(segnare con una X le ore in cui è assicurata assistenza da Familiare, Servizio pubblico, Volontario, personale a Pagamento)																											
<b>ORARIO</b>		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	note	
<b>Lunedì</b>	F																										
	S																										
	V																										
	P																										
	<b>Note</b>																										
<b>Martedì</b>	F																										
	S																										
	V																										
	P																										
	<b>Note</b>																										
<b>Mercoledì</b>	F																										
	S																										
	V																										
	P																										
	<b>Note</b>																										
<b>Giovedì</b>	F																										
	S																										
	V																										
	P																										
	<b>Note</b>																										
<b>Venerdì</b>	F																										
	S																										
	V																										
	P																										
	<b>Note</b>																										
<b>Sabato</b>	F																										
	S																										
	V																										
	P																										
	<b>Note</b>																										
<b>Domenica</b>	F																										
	S																										
	V																										
	P																										
	<b>Note</b>																										
Rete formale ed informale di riferimento:																											

### SINTESI FINALI - PUNTEGGI

DIMENSIONE ANALIZZATA		PUNTEGGIO	MAX PUNTEGGIO
1.	S.Va. M.Di – Profilo di Gravità		9
2.	S.Va. M.Di – Profilo di Funzionamento		18
<b>Punteggio S.Va. M.Di per la definizione del Piano di Assistenza Individuale</b>			<b>27</b>
PUNTEGGI GRADUATORIA SOVRAMBITO			
1.	<b>Persone con disabilità grave, prive di entrambi i genitori</b> del tutto prive di risorse economiche, reddituali e patrimoniali (ad eccezione dei trattamenti percepiti in ragione alla condizione di disabilità)		5
2.	<b>Persone con disabilità grave</b> , per cui i genitori, per ragioni connesse all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, <b>non più nella condizione di garantire</b> il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa		5
3.	<b>Persone con disabilità grave</b> , inserite in <b>strutture residenziali</b> che non riproducono le condizioni abitative e relazionali ella casa familiare		5
4.	<b>Condizione Economica</b>		10
5.	<b>Condizione Abitativa</b>		10
6.	<b>Sostegno Familiare</b>		15
<b>TOTALE</b>			<b>50</b>

**SEGNALAZIONE DI URGENZA E/O RICHIESTA DI DEROGHE**

---

---

---

**ANALISI DEL BISOGNO E PROPOSTA DI PIANO DI INTERVENTO:**

---

---

---

---

---



COMUNE DI BRACCIANO  
CAPOFILA DISTRETTO RM 4.3