

SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE

Programma operativo “Dopo di noi” L. 112/2016

A. DATI GENERALI

A.1 Dati anagrafici del beneficiario

Nome e cognome		
Codice fiscale		
Genere	<input type="checkbox"/> Maschio	<input type="checkbox"/> Femmina
Data di nascita	Età _____	
Comune di nascita		
Provincia di nascita		
Stato estero di nascita		
Cittadinanza		
Residente a		
via e nr. civico		
@mail		
Telefono	Cell.	

A.2 Stato civile

- | | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <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 | | |

A.3 Persona di riferimento (care giver primario)

Nome e cognome		
Residente a		
via e nr. civico		
@mail		
Telefono	Cell.	
Relazione con beneficiario		

A.4 Eventuale persona incaricata di tutela giuridica

Nome e cognome		
Residente a		
via e nr. civico		
@mail		
Telefono	Cell.	
Ruolo		

A.5 Soggetto che ha presentato la domanda di accesso al programma operativo “Dopo di noi”

- Persona con disabilità
 - Familiare: specificare _____
 - Amministratore di sostegno
 - Tutore
 - Curatore
 - Comune
 - Associazione di familiari
 - Ente del Terzo Settore: specificare _____
 - Altro: specificare _____
- Data di presentazione della domanda _____

A.6 Verifica requisiti per l'accesso al programma operativo “Dopo di noi”

- Disabilità ai sensi dell'art.3 comma 3 L.104/1992
- Età compresa tra i 18/64 anni
- La persona non presenta comportamenti auto/etero aggressivi ovvero condizioni di natura clinica e comportamentale che richiedono una protezione elevata, incompatibile con le tipologie di interventi e residenzialità oggetto del presente programma.
- La persona è inserita in struttura residenziale con caratteristiche molto diverse da quelle previste dal programma in oggetto

A.7 Tipologia di valutazione

- Prima valutazione (nuovo accesso NON in prosecuzione del sostegno da annualità precedenti)
- Valutazione di persone per accedere al sostegno già beneficiari da annualità precedenti
- Rivalutazione per variazione delle condizioni di bisogno

SEZIONE 1: SALUTE E FUNZIONI

SOTTOSEZIONE 1.1 SALUTE E AUTONOMIE

1.1.1 Disabilità

Data riconoscimento invalidità civile _____

Percentuale riconosciuta _____

Indennità di accompagnamento Sì No _____

Diagnosi riportata nel verbale di invalidità _____

Barrare la tipologia di diagnosi tra le seguenti:

- Disabilità a seguito di un “evento traumatico” es. incidente stradale, caduta, trauma da parto ecc (Tetraplegia, Emiplegia, Cerebrolesione ...)
- Disabilità non post traumatiche es. ictus o altre malattie cerebrovascolari (Tetraplegia, Emiplegia, ...)
- Malattia del motoneurone (secondo quanto previsto dalla Circolare regionale n. 20 del 28/11/2008)

- Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria (Spasticismo, Cerebrolesioni, ...)
- Disabilità sensoriale
- Altra malattia neurodegenerativa (Malattia di Huntington, ...)
- Disabilità comportamentale (compresi disturbi dello spettro autistico)
- Ritardo mentale
- Sindromi congenite su base cromosomica (Down, ...)
- Distrofie muscolari e altre miopatie
- Sclerosi Multipla
- Altro (ATTENZIONE: da considerare come opzione residuale):

Condizione di disabilità per inserimento lavorativo (L. 68/99) Sì No

Iscrizione al collocamento mirato Sì No

1.1.2 Aspetti cognitivo comportamentali

1.1.2.1 Presenza di comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo

- No, solo eccezionalmente
- Talvolta in modo ricorrente
- Spesso, più volte nell'arco della settimana o del giorno

Indicare i comportamenti problema¹

1.

2.

1.1.2.2 Capacità di intraprendere compiti semplici

- Senza nessuna difficoltà
- Con difficoltà media
- Con difficoltà totale

1.1.2.3 Capacità di intraprendere compiti articolati

- Senza nessuna difficoltà
- Con difficoltà media
- Con difficoltà totale

1.1.2.4 Capacità di completare la routine quotidiana

- Senza nessuna difficoltà
- Con difficoltà media
- Con difficoltà totale

1.1.3 Controlli e assistenza infermieristica

Necessita di controlli infermieristici continui nelle 24 ore:

- No
- Si

1.1.4 Terapie farmacologiche in corso

¹ Ad esempio, comportamenti aggressivi verbali (urla, sproloquo, ecc.,), comportamenti autoaggressivi (mordersi, colpirsi la testa, colpirsi altre parti del corpo, tagli, ecc.), picacismo, comportamenti eteroaggressivi.

- No
 Sì Indicare quali

1.1.5 Livello di assistenza quotidiana

- Nessuna
 Bassa (8/ora giorno)
 Media (16/ora giorno)
 Alta (24/ora giorno)

Gestisce in autonomia momenti di solitudine

- No
 Si

1.1.6 Linguaggio

- Del tutto comprensibile Abbastanza comprensibile Per nulla comprensibile

1.1.7 Utilizzo ausili (come occhiali, apparecchio acustico, sedia a rotelle, ecc.)

- No
 Sì Indicare quali
 1.
 2.
 3.
 4.

1.
2.
3.
4.

1.1.8 Scale delle autonomie e dell'efficienza globale

Scala	Punteggio
<input type="checkbox"/> ADL	
<input type="checkbox"/> IADL	
<input type="checkbox"/> SIDI	
<input type="checkbox"/> BARTHEL	
<input type="checkbox"/> WAIS	
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	

1.1.9 Valutazione di sintesi della sottosezione 1.1 “Salute e autonomie”

Bisogni nell'area autonomie	
Aspettative della persona disabile	
Aspettative della famiglia	
Risorse	

Note**SOTTOSEZIONE 1.2 INTERVENTI E SERVIZI FRUITI****1.2.1 Servizi a sostegno della domiciliarità**

- Assistenza Domiciliare (SAD)
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Assistenza Domiciliare Disabili (ADH)
- Pasti a domicilio
- Trasporto sociale
- Assistente familiare (Badante)
- Altro (specificare)

1.2.2 Servizi semiresidenziali

- Centro Diurno Disabili (CDD)
- Centri Socio Educativi (CSE)
- Servizio di Formazione all'Autonomia (SFA)
- Servizi territoriali Disabili (STD)
- Altro (specificare)

1.2.3 Servizi territoriali

- Progetti socio occupazionali
- Progetti diurni
- Altro (specificare)

1.2.4 Servizi residenziali

- Comunità Alloggio per Disabili (CAH)
- Comunità Socio-Sanitarie per Disabili (CSS)
- Residenza Sanitario Assistenziale per Disabili (RSD)
- Ricoveri di sollievo
- Altro (specificare)

1.2.5 Servizi specialisti/consulenziali

- Servizi di inserimento lavorativo
- Consultorio per la disabilità
- CPS
- Consultorio familiare
- Altro (specificare)

1.2.6 Misure e titoli sociali

- Misura B1 FNA
- Buono caregiver familiare Misura B2 FNA
- Buono vita indipendente Misura B2 FNA

- Progetto sperimentale Vita indipendente (PRO.VI.)
- Reddito di autonomia disabili

1.2.7. Esperienze propedeutiche al programma “Dopo di noi”

1.2.7.1 HOUSING / COHOUSING

- Nessuno
- Pregressi (specificare)
 - Denominazione housing / cohousing
 - Ubicazione housing / cohousing
 - Soggetto gestore housing / cohousing
 - Durata inserimento
- In corso (specificare)
 - Denominazione housing / cohousing
 - Ubicazione housing / cohousing
 - Soggetto gestore housing / cohousing
 - Inizio inserimento

1.2.7.2 APPARTAMENTI PALESTRA PER L'AUTONOMIA

- Nessuno
- Pregressi (specificare)
 - Denominazione appartamento palestra per l'autonomia
 - Ubicazione appartamento palestra per l'autonomia
 - Soggetto appartamento palestra per l'autonomia
 - Durata inserimento
- In corso (specificare)
 - Denominazione appartamento palestra per l'autonomia
 - Ubicazione appartamento palestra per l'autonomia
 - Soggetto gestore appartamento palestra per l'autonomia
 - Inizio inserimento

1.2.7.3. SOGGIORNI EXTRA FAMILIARI

- Nessuno
- Pregressi – negli ultimi 5 anni (specificare)
 - Soggetto/i organizzatore del soggiorno
 - Tipologia soggiorno
 - Durata soggiorno
- Pregressi – nell'ultimo anno (specificare)
 - Soggetto/i organizzatore del soggiorno
 - Tipologia soggiorno
 - Durata soggiorno

1.2.8 Valutazione di sintesi della sottosezione 1.2 “Interventi e servizi fruiti”

Bisogni nell'area della fruizione dei servizi	
Aspettative della persona disabile	
Aspettative della famiglia	
Risorse	
Note	

SEZIONE 2: ISTRUZIONE/FORMAZIONE

2.1 Titolo di studio

- | | | |
|---|--|---|
| <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 | |

2.2 Valutazione di sintesi della sezione 2. “Istruzione/formazione”

Bisogni nell'area istruzione/formazione	
Aspettative della persona disabile	
Aspettative della famiglia	
Risorse	
Note	

SEZIONE 3: LAVORO

3.1 Condizione lavorativa

- Occupato/a dal _____ in forma dipendente in forma autonoma

- | | |
|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> occupazione stabile | Qualifica |
| <input type="checkbox"/> occupazione temporanea | Mansione |
| <input type="checkbox"/> occupazione precaria | |

- Disoccupato/a
- Inoccupato/a
- Inabile al lavoro
- Pensionato/a

- Cassintegrato/a / in mobilità

3.2 Attività socco occupazionali

- Attività socio occupazionali
presso la seguente postazione
con mansione di
data di inserimento
con frequenza

3.3 Valutazione di sintesi della sezione 3. “Lavoro”

Bisogni nell'area lavoro	
Aspettative della persona disabile	
Aspettative della famiglia	
Risorse	
Note	

SEZIONE 4: MOBILITÀ

4.1 Spostamenti all'interno dell'abitazione

- del tutto autonomo parzialmente autonomo per nulla autonomo

4.2 Spostamenti all'esterno dell'abitazione in un contesto noto (paese, quartiere) o tragitti abituali

- del tutto autonomo parzialmente autonomo per nulla autonomo

4.3 Utilizzo di mezzi di trasporto pubblici

- del tutto autonomo parzialmente autonomo per nulla autonomo

4.4 Conduzione e possesso di mezzi di trasporto

	Conduzione		Possesso	
Autoveicoli	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Motoveicoli	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Bicicletta	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Carrozzelle elettriche	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

4.5 Valutazione di sintesi della sezione 4. “Mobilità”

Bisogni nell'area mobilità	
Aspettative della	

persona disabile	
Aspettative della famiglia	
Risorse	
Note	

SEZIONE 5: CASA

5.1 Provenienza assistito

- Domicilio
- Comunità Alloggio Disabili
- CSS
- RSD
- RSA o altra struttura di ricovero
- Altro (specificare)

5.2 Se proveniente da proprio domicilio, specificare il titolo di godimento dell'abitazione

- | | | | |
|--|---|----------------------|--|
| <input type="checkbox"/> proprietà | <input type="checkbox"/> alloggio ERP | importo annuo canone | |
| <input type="checkbox"/> comodato gratuito | <input type="checkbox"/> locazione libero mercato | importo annuo canone | |
| <input type="checkbox"/> usufrutto | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) | | |

5.3 Ubicazione sul territorio

- servita
- poco servita
- isolata

5.4 Accessibilità

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> collocazione alloggio al piano | <input type="checkbox"/> ascensore |
| <input type="checkbox"/> barriere architettoniche assenti | <input type="checkbox"/> barriere architettoniche solo esterne |
| <input type="checkbox"/> barriere architettoniche solo interne | <input type="checkbox"/> barriere architettoniche sia interne che esterne |

5.5 Ulteriori elementi rilevati sulla condizione abitativa

Quali lo stato di igiene dell'abitazione, le condizioni degli arredi, la presenza di condizioni di umidità, la presenza eccessiva/anomala di animali domestici
...

5.6 Valutazione di sintesi della sezione 5. "Casa"

Bisogni nell'area casa	
Aspettative della	

persona disabile	
Aspettative della famiglia	
Risorse	
Note	

SEZIONE 6: SOCIALITÀ

SOTTOSEZIONE 6.1 NUCLEO FAMILIARE E RETE DI SUPPORTO

6.1.1. Composizione del nucleo familiare

- Ambedue i genitori
- Ambedue i genitori + fratello/i + sorella/e
- Padre
- Padre + fratello/i + sorella/e
- Madre
- Madre + fratello/i + sorella/e
- Fratello/i + sorella/i
- Solo (senza familiari)
- Altro (specificare)

6.1.2 Elenco componenti del nucleo familiare

Indicare le persone presenti nel nucleo e le relazioni di parentela rispetto alla persona disabile destinataria del programma “Dopo di noi”:

Nome – Cognome	Relazione parentela	Età
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

6.1.3 Presenza di altri familiari disabili nel nucleo familiare

Altro/i familiari disabili oltre alla persona destinataria Sì No
del programma “Dopo di noi”

6.1.4 Madre

In vita	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Convivente	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Data di nascita		Età

Condizione	<input type="checkbox"/> Nessuna problematica di salute/disabilità
	<input type="checkbox"/> Disabilità che impedisce il sostegno assistenziale adeguato
	<input type="checkbox"/> Problemi di salute che impediscono il sostegno assistenziale adeguato

Stato occupazionale

6.1.5 Padre

In vita	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Convivente	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Data di nascita		Età
Condizione	<input type="checkbox"/> Nessuna problematica di salute/disabilità	
	<input type="checkbox"/> Disabilità che impedisce il sostegno assistenziale adeguato	
	<input type="checkbox"/> Problemi di salute che impediscono il sostegno assistenziale adeguato	
Stato occupazionale		

6.1.6 Altri componenti della rete di supporto**6.1.6.1 FRATELLI / SORELLE**

Nominativo	Convivente	Stato occupazionale
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	

6.1.6.2 ALTRI FAMILIARI

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si

6.1.7. Tipologia care giver primario

- Padre
- Madre
- Fratello
- Sorella
- Assistente familiare/personale
- Altro
- Nessuno

6.1.8. Tipologia assistente familiare / personale, se presente

- Assistente Personale 24 h
- Assistente Personale tempo pieno (min 7 ore die)
- Assistente Personale tempo parziale (inferiore a 7 ore die)
- Assistente personale qualificato 24 h
- Assistente Personale qualificato tempo pieno (min 7 ore die)
- Assistente Personale qualificato tempo parziale (inferiore a 7 ore die)
- Altro

Nessuno

6.1.9 Risorse familiari e relazioni di parentela, con i membri della famiglia ristretta, della famiglia allargata, nelle parentele più lontane

Il nucleo familiare ha relazioni con la rete familiare ristretta che possono garantire sostegno nella vita quotidiana e/o in eventuali situazioni di criticità

Per nulla Poco Abbastanza Molto

Il nucleo familiare ha relazioni con la rete della famiglia allargata che possono garantire sostegno nella vita quotidiana e/o in eventuali situazioni di criticità

Per nulla Poco Abbastanza Molto

Il nucleo familiare ha relazioni con la rete parentale più lontana che possono garantire sostegno nella vita quotidiana e/o in eventuali situazioni di criticità

Per nulla Poco Abbastanza Molto

6.1.10 Risorse relazionali e attività con il contesto sociale

Il nucleo familiare ha relazioni con la rete del vicinato che possono garantire sostegno nella vita quotidiana e/o in eventuali situazioni di criticità

Per nulla Poco Abbastanza Molto

Il nucleo familiare partecipa a eventi della comunità e/o svolge attività di volontariato e/o aderisce ad associazioni/comitati, ecc.

Per nulla Poco Abbastanza Molto

Il nucleo familiare esprime la propensione a partecipare alla ricerca di soluzioni a problemi collettivi

Per nulla Poco Abbastanza Molto

Il nucleo familiare è in grado di utilizzare le risorse e i servizi formali e informali per accedere alle diverse prestazioni (amministrative, sociali, sanitarie, ecc.)

Per nulla Poco Abbastanza Molto

6.1.11 Presenza di eventuali elementi di vulnerabilità nel nucleo familiare

Specificare:

6.1.12 Valutazione della condizione del nucleo familiare

bassi carichi assistenziali e bassa vulnerabilità bassi carichi assistenziali e alta vulnerabilità

alti carichi assistenziali e bassa vulnerabilità alti carichi assistenziali e alta vulnerabilità

6.1.13 Valutazione di sintesi della sottosezione 6.1 “Nucleo familiare e rete di supporto”

Bisogni nell'area nucleo familiare e rete di supporto	
Aspettative della persona disabile	
Aspettative della famiglia	
Risorse	
Note	

SOTTOSEZIONE 6.2 RELAZIONI SOCIALI E TEMPO LIBERO

6.2.1 Svolgimento di attività di ricreazione e tempo libero

- No
- Si Indicare quali
- | | |
|-----------|--|
| Tipologia | |
| Frequenza | |
| Tipologia | |
| Frequenza | |

6.2.3 Svolgimento di attività sportive

- No
- Si Indicare quali
- | | |
|-----------|--|
| Tipologia | |
| Frequenza | |
| Tipologia | |
| Frequenza | |

6.2.4 Inserimento in gruppi o associazioni

- No
- Si Indicare quali
- | | |
|-----------|--|
| Tipologia | |
| Frequenza | |
| Tipologia | |
| Frequenza | |

6.2.5 Valutazione di sintesi della sottosezione 6.2 “Relazioni sociali e tempo libero”

Bisogni nell'area relazioni sociali e tempo libero	
Aspettative della persona disabile	
Aspettative della famiglia	
Risorse	
Note	

SEZIONE 7: CONDIZIONE ECONOMICA

7.1 Capacità economica della persona beneficiaria

Valore ISEE sociosanitario nucleo ristretto			
Tipologia ISEE socio sanitario nucleo ristretto	<input type="checkbox"/> ISEE sociosanitario: beneficiario, coniuge, figli minorenni, figli maggiorenni se a carico <input type="checkbox"/> ISEE sociosanitario: solo beneficiario maggiorenne (caso di persona non coniugata e senza figli che vive con i genitori o con altri parenti o con altre persone)		
Origine del reddito	<input type="checkbox"/> da lavoro	<input type="checkbox"/> da pensione	
	<input type="checkbox"/> da indennità	<input type="checkbox"/> da rendite	
Pensione	€		
Redditi netti mensili	Indennità di accompagnamento	€	
	Stipendio	€	

7.2 Capacità economica della famiglia

Valore ISEE ordinario			
Origine del reddito	<input type="checkbox"/> da lavoro	<input type="checkbox"/> da pensione	
	<input type="checkbox"/> da indennità	<input type="checkbox"/> da rendite	

7.3 Eventuali elementi di difficoltà economica del nucleo familiare

Specificare:	
--------------	--

7.4 Valutazione di sintesi della sezione 7. “Condizione economica”

Bisogni nell'area della condizione economica	
Aspettative della persona disabile	
Aspettative della famiglia	
Risorse	
Note	

SEZIONE 8: VALUTAZIONE COMPLESSIVA

8.1 Fattori facilitanti per lo sviluppo del programma “Dopo di noi”

8.1.1. Famiglia

- La famiglia ha un buon grado di compliance con gli obiettivi del programma a breve termine Sì No
- La famiglia ha un buon grado di compliance con gli obiettivi del programma a lungo termine Sì No
- La famiglia è capace di intessere e mantenere buone relazioni sociali Sì No
- La famiglia è motivata ad inserire in un altro contesto residenziale il proprio coniunto Sì No

8.1.2. Utente

- L'utente è motivato a partecipare al programma Sì No

L'utente è capace di muoversi autonomamente sul territorio	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No
L'utente è capace di sostenere in autonomia routine quotidiane (es.mansioni lavorative)	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No
L'utente è capace di adattarsi a nuove situazioni abitative	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No
L'utente è capace di mantenere e gestire le relazioni con gli altri, in modo contestualmente e socialmente adeguato	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No
L'utente è capace di inserirsi in nuovi contesti socio-relazionali	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No
L'utente è capace di intessere relazioni amicali con i pari	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No
L'utente è capace di gestire la frustrazione	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No

8.1.3 Risorse a disposizione del programma

L'utente mette a disposizione il proprio patrimonio per la realizzazione del programma	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No
L'utente mette a disposizione la propria abitazione per la realizzazione del programma	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No
L'utente prevede un contributo economico per la realizzazione del programma	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No
La famiglia è disposta a contribuire economicamente al programma allo scadere della seconda annualità	<input type="checkbox"/>	Sì	<input type="checkbox"/>	No

8.2 Valutazione di sintesi per la predisposizione del progetto individuale

Aree di valutazione	Arene prioritarie sulle quali si svilupperà il progetto individuale	Abilità / competenze da acquisire o consolidare	Elementi di criticità da considerare
1.1 Salute e autonomie	<input type="checkbox"/>		
1.2 Servizi fruitti	<input type="checkbox"/>		
2. Istruzione/formazione	<input type="checkbox"/>		
3. Lavoro	<input type="checkbox"/>		
4. Mobilità	<input type="checkbox"/>		
5. Casa	<input type="checkbox"/>		
6.1 Nucleo familiare e rete di supporto	<input type="checkbox"/>		
6.2 Relazioni sociali e tempo libero	<input type="checkbox"/>		
7. Condizione economica	<input type="checkbox"/>		

Luogo e data

L'Assistente sociale

Altri operatori coinvolti nella valutazione

Ruolo (specificare)

Ruolo (specificare)