

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"

<input type="checkbox"/> Persona con disabilità	
<input type="checkbox"/> Familiare: specificare	
<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	
<input type="checkbox"/> Tutore	
<input type="checkbox"/> Curatore	
<input type="checkbox"/> Comune	
<input type="checkbox"/> Associazione di familiari	
<input type="checkbox"/> Ente del Terzo Settore: specificare	
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> 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
- Sì

1.1.4 Terapie farmacologiche in corso

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

No

Si Indicare quali

1.1.5 Livello di assistenza quotidiana

Nessuna

Bassa (8/ore giorno)

Media (16/ore giorno)

Alta (24/ore 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

Si Indicare quali

1.

2.

3.

4.

1.1.8 Scale delle autonomie e dell'efficienza globale

Scala

Punteggio

ADL

IADL

SIDI

BARTHEL

WAIS

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

- nessuno
 licenza elementare
 licenza media inferiore
 qualifica professionale
 diploma media superiore
 diploma di laurea / laurea I livello
 laurea magistrale / laurea specialistica
 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
 occupazione stabile
 Qualifica
 occupazione temporanea
 Mansione
 occupazione precaria
 Disoccupato/a
 Inoccupato/a
 Inabile al lavoro
 Pensionato/a

- Cassintegrato/a / in mobilità

3.2 Attività socio 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
Carrozze 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

- proprietà
 alloggio ERP importo annuo canone
 comodato gratuito
 locazione libero mercato importo annuo canone
 usufrutto
 Altro (specificare)

5.3 Ubicazione sul territorio

- servita
 poco servita
 isolata

5.4 Accessibilità

- collocazione alloggio al piano
 ascensore
 barriere architettoniche assenti
 barriere architettoniche solo esterne
 barriere architettoniche solo interne
 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 del programma "Dopo di noi" Sì No

6.1.4 Madre

In vita Sì No

Convivente Sì 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"/> Sì	
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì	

6.1.6.2 ALTRI FAMILIARI

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

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

Sì Indicare quali

Tipologia

Frequenza

Tipologia

Frequenza

6.2.3 Svolgimento di attività sportive

No

Sì Indicare quali

Tipologia

Frequenza

Tipologia

Frequenza

6.2.4 Inserimento in gruppi o associazioni

No

Sì 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
Redditi netti mensili	Pensione	€	
	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 | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| La famiglia ha un buon grado di compliance con gli obiettivi del programma a lungo termine | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| La famiglia è capace di intessere e mantenere buone relazioni sociali | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| La famiglia è motivata ad inserire in un altro contesto residenziale il proprio congiunto | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |

8.1.2. Utente

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| L'utente è motivato a partecipare al programma | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|

L'utente è capace di muoversi autonomamente sul territorio	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
L'utente è capace di sostenere in autonomia routine quotidiane (es.mansioni lavorative)	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
L'utente è capace di adattarsi a nuove situazioni abitative	<input type="checkbox"/>	Si	<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"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
L'utente è capace di inserirsi in nuovi contesti socio-relazionali	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
L'utente è capace di intessere relazioni amicali con i pari	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
L'utente è capace di gestire la frustrazione	<input type="checkbox"/>	Si	<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"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
L'utente mette a disposizione la propria abitazione per la realizzazione del programma	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
L'utente prevede un contributo economico per la realizzazione del programma	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
La famiglia è disposta a contribuire economicamente al programma allo scadere della seconda annualità	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No

8.2 Valutazione di sintesi per la predisposizione del progetto individuale

Aree di valutazione	Aree 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 fruiti	<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

Ruolo (specificare)

Ruolo (specificare)

Altri operatori coinvolti nella valutazione