



**REGIONE
CAMPANIA**

S.Va.M.Di.
SCHEDA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE - DISABILI
SCHEDA C
VALUTAZIONE SOCIALE

DATI ANAGRAFICI

Codice univoco della persona _____
 COGNOME _____ NOME _____
 LUOGO DI NASCITA _____ DATA _____
 CITTADINANZA _____
 RESIDENZA _____
 DOMICILIO _____
 COMUNE DI RESIDENZA STORICA _____

ACCESSO AL SISTEMA INTEGRATO

SEDE DI ACCESSO _____ DATA _____
 CODICE FISCALE _____
 TESSERA SANITARIA _____ ASL _____ DS _____
 MMG/PLS _____ RECAPITO _____
 SEDE DI VALUTAZIONE _____ DATA _____

1. Iniziativa della Domanda

- propria
 familiare o affine
 soggetto civilmente obbligato
 assistente sociale pertinente
 medico
 tutore
 altro soggetto

2. Tipologia della Domanda

- assistenza domiciliare
 assistenza semiresidenziale continuativa
 assistenza semiresidenziale temporanea
 assistenza residenziale continuativa
 assistenza residenziale temporanea
 altro (spec.) _____

PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE

COGNOME e NOME _____
 VIA _____ COMUNE _____
 TELEFONO _____ GRADO DI PARENTELA _____

EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA

COGNOME e NOME _____
 VIA _____ COMUNE _____
 TELEFONO _____ RUOLO _____

1. PROFILO PERSONALE

MASCHIO FEMMINA

| |
|---|
| 1.1 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 |

| |
|---|
| 1.2 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 |
| Specifica..... |

| | | |
|---|--|--|
| 1.3 Condizione lavorativa | | |
| <input type="checkbox"/> Occupato/a | <input type="checkbox"/> occupazione stabile <input type="checkbox"/> occupazione temporanea <input type="checkbox"/> occupazione precaria | <input type="checkbox"/> in forma dipendente <input type="checkbox"/> in forma autonoma |
| <input type="checkbox"/> disoccupato/a <input type="checkbox"/> pensionato/a <input type="checkbox"/> cassintegrato/a | | |
| Specifica..... | | |

2. CONDIZIONE ECONOMICA

| | |
|---|--|
| 2.1 ISEE del singolo utente | € |
| 2.2 Origine del reddito | <input type="checkbox"/> da lavoro <input type="checkbox"/> da pensione <input type="checkbox"/> da indennità <input type="checkbox"/> da rendite |
| 2.3 Ulteriore disponibilità mensile dei familiari per l'assistenza | <input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> fino a € 500 <input type="checkbox"/> fino a € 1.000 <input type="checkbox"/> fino a € 2.500 <input type="checkbox"/> fino a € 3.000 <input type="checkbox"/> oltre |
| 2.4 ISEE del nucleo familiare ¹ | € |
| 2.5 Integrazione economica del Comune per l'assistenza | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Possibile Contributo retta voucher |
| 2.6 Valutazione della copertura economica di prestazioni assistenziali | 1 <input type="checkbox"/> Autonomo e in equilibrio finanziario: persona che non ha bisogno di essere supportata da altri nelle spese della vita quotidiana e per aiuto assistenziale; 2 <input type="checkbox"/> Riceve aiuto da parenti e/o da altre persone (anche non conviventi) per le spese della vita quotidiana e per aiuto assistenziale; 3 <input type="checkbox"/> 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. |

¹ Tale voce non è rilevante ai fini della determinazione della compartecipazione economica se trattasi di non autosufficienti o disabili gravi

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 | 3.3 Dislocazione sul territorio |
| <input type="checkbox"/> proprietà | <input type="checkbox"/> servita |
| <input type="checkbox"/> comodatato gratuito | <input type="checkbox"/> poco servita |
| <input type="checkbox"/> usufrutto | <input type="checkbox"/> isolata |
| <input type="checkbox"/> all. pubb. assegnato | |
| <input type="checkbox"/> fitto | |
| <input type="checkbox"/> sfratto esecutivo data _____ | |
| <input type="checkbox"/> occupata abusivamente | |

| | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| 3.4 Spazio fruibile ² | 3.5 Barr. architettoniche ³ | 3.6 Riscaldamenti | 3.7 Servizi igienici |
| <input type="checkbox"/> non sufficiente | PianoAscensore <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> assenti | <input type="checkbox"/> assenti |
| <input type="checkbox"/> parz. suff. | <input type="checkbox"/> assenti | <input type="checkbox"/> presenti non funz. | <input type="checkbox"/> presenti |
| <input type="checkbox"/> sufficiente | <input type="checkbox"/> solo interne | <input type="checkbox"/> presenti mal funz. | <input type="checkbox"/> non adeguati |
| | <input type="checkbox"/> solo esterne | <input type="checkbox"/> presenti funz. | |
| | <input type="checkbox"/> sia interne che esterne | | |

| |
|---|
| 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 problem. | <input type="checkbox"/> alti carichi assist. e bassa problem. | <input type="checkbox"/> alti carichi assist. e alta problem. |

² La sufficienza si valuta rispetto al numero vani disponibili per il nucleo familiare

³ Se rilevante ai fini della valutazione del caso

| 4.5 Livello di stress del caregiver (Caregiver burden inventory -Cbi) | | | | | | | |
|---|--|-----------|------|---------------|-----------|-------|-------------|
| (affermazioni che il caregiver ritiene più consone alla sua condizione) | | | | | | | |
| Tipo di Carico | Items a cui al caregiver principale si chiede di rispondere | per nulla | poco | moderatamente | parecchio | molto | Totale tipo |
| Temporale | T-D1. Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| | T-D2. Il mio familiare è dipendente da me | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| | T-D3. 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 igienici) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| | T-D5. Non riesco ad avere un minuto di libertà dai compiti di assistenza | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Evolutivo | 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 mia vita | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Fisico | 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 | |
| Sociale | D15. Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| | D16. I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| | D17. Ho avuto problemi con il coniuge | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| | D18. Sul lavoro non rendo come di consueto | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| | D19. Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Emotivo | 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% | 1 <input type="checkbox"/> Sì % _____ 2 <input type="checkbox"/> No |
| 5.2 Certificazione invalidità civile parziale tra 75% e 90% | 1 <input type="checkbox"/> Sì % _____ 2 <input type="checkbox"/> No |
| 5.2 Certificazione invalidità civile totale (100%) | 1 <input type="checkbox"/> Sì Ind. Accomp. 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No |
| 5.3 Assegno/pensione invalidità civile o pensione sociale >65enni invalidi civili | 1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No |

6. SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE

| 6.1 Rete Parentale | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-------------------------------|--------------|-------------------------------|-----|-------------|-------------------------|----------------------|--|---------------------------|------|--------------|---|------------------------------|------|--------------|
| | Tipo di supporto ⁴ | Cognome Nome | Ruolo nella rete ⁵ | Età | Professione | Lontananza ⁶ | Indirizzo e telefono | Intensità attivazione attuale ⁷ | Si occupa di ⁸ | | | Intensità attivazione futura ⁹ | Si occuperà di ¹⁰ | | |
| | | | | | | | | | ADL | iADL | supervisione | | ADL | iADL | supervisione |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | |

| 6.2 Altra Rete (Colf – Badante – Amici – Volontari – etc.) | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | |

⁴ S= Soggetto, assume responsabilità dell'intero processo di supporto (progettazione, esecuzione e valutazione); R= Risorsa, assume responsabilità operative eseguendo gli interventi programmati

⁵ 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

⁶ C= convivente; VI= immediate vicinanze; 15= entro 15 minuti; 30= entro 30 minuti; 60= entro 1 ora; 0= oltre 1 ora

⁷ Indicare il numero di giorni a settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza (o lo è stata finora)

⁸ Crocettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti); iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia); Supervisione (diurna e/o notturna)

⁹ Indicare il numero di giorni a settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza (o lo è stata finora)

¹⁰ 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 - SR¹¹ (presenza di attori della rete parentale ed altra con tipo di supporto S) | | | | | |
|---|--------------------|------------------|-----------------|------------------|---------------------------------|
| | | Punteggio (a) | Presenza (b) | punteggio max | punteggio attribuito (a x b) |
| Sanitaria | 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/par | 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 - Lpsv¹² | | | | |
|---|------------------|--------------------|------------------|---------------------------------|
| 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 | | | | |

¹¹ 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.

¹² 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 compresenza – 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 |
| Lunedì | F | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | S | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Totale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Martedì | F | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | S | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Totale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mercoledì | F | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | S | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Totale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Giovedì | F | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | S | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Totale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Venerdì | F | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | S | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Totale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sabato | F | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | S | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Totale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domenica | F | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | S | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Totale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 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 ASSISTENZIALE SOCIALE

| 7.1 Necessità di interventi sociali | | |
|--|---|--------------------------|
| Intensità | Servizi | Necessità |
| Bassa | Servizi di prossimità | <input type="checkbox"/> |
| | Telesoccorso o teleassistenza | <input type="checkbox"/> |
| | Trasporto sociale | <input type="checkbox"/> |
| | Pasti o lavanderia a domicilio | <input type="checkbox"/> |
| | Altro | <input type="checkbox"/> |
| Media | Assegni economici per sostegno alla domiciliarità | <input type="checkbox"/> |
| | Assistenza domiciliare fino a 10 ore settimanali | <input type="checkbox"/> |
| | Semiresidenziali | <input type="checkbox"/> |
| | Altro | <input type="checkbox"/> |
| Alta | Assistenza domiciliare dalle 11 alle 18 ore settimanali | <input type="checkbox"/> |
| | Assistenza domiciliare oltre 18 ore settimanali | <input type="checkbox"/> |
| | Residenziali | <input type="checkbox"/> |
| | Altro | <input type="checkbox"/> |

| 7.2 Servizi sociali attivi | | | | | | |
|----------------------------|---|------|-------------|---------|---------|---|
| Intensità | Servizi | Cod. | Prestazioni | h /set. | N. mesi | Spec. |
| Bassa | Servizi di prossimità | | | | | <input type="checkbox"/> Com./Amb. |
| | Telesoccorso o teleassistenza | | | | | <input type="checkbox"/> Com. /ASL |
| | Trasporto sociale | | | | | <input type="checkbox"/> ASL |
| | Pasti o lavanderia a domicilio | | | | | <input type="checkbox"/> comp. |
| | Altro | | | | | |
| Media | Assegni economici per sostegno alla domiciliarità | | | | | <input type="checkbox"/> Integrata |
| | Assistenza domiciliare fino a 10 ore settimanali | | | | | <input type="checkbox"/> comp. |
| | Semiresidenziali | | | | | Retta Amb. _____ |
| | Altro | | | | | Retta S.S.R. _____ Retta Assist. _____ |
| Alta | Assistenza domiciliare dalle 11 alle 18 ore settimanali | | | | | <input type="checkbox"/> Integrata |
| | Assistenza domiciliare oltre 18 ore settimanali | | | | | <input type="checkbox"/> comp. |
| | Residenziali | | | | | Retta Amb. _____ |
| | Altro | | | | | Retta S.S.R. _____ Retta Assist. _____ |

Codice ente rilevatore _____

Data ultimo aggiornamento _____

Chiusura scheda _____

Assistente Sociale delegato a rappresentare l'Ambito Territoriale in sede UVI

Nome e Cognome

Data

Firma.....

| SINTESI INDICATORI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|--|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| CONDIZIONE ECONOMICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (2.6) Copertura economica prestazioni assistenziali | 1 <input type="checkbox"/> Autonomo e in equilibrio finanziario | 2 <input type="checkbox"/> Riceve aiuto da parenti e/o da altre persone | 3 <input type="checkbox"/> In condizione di bisogno economico e senza aiuti | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONDIZIONE ABITATIVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (3.9) | 1 <input type="checkbox"/> inadeguata | 2 <input type="checkbox"/> parzialmente inadeguata | 3 <input type="checkbox"/> adeguata | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONDIZIONE FAMILIARE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (4.4) Condizione nucleo familiare | <input type="checkbox"/> bassi carichi ass. e bassa problem. | <input type="checkbox"/> bassi carichi ass. e alta problem. | <input type="checkbox"/> alti carichi ass. e bassa problem. | <input type="checkbox"/> alti carichi ass. e alta problem. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (4.5 Cbi) Stress del caregiver | 0=Per nulla | 1=poco | 2=moderato | 3=parecchio 4=molto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUPPORTO RETE SOCIALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (6.3 SR) Scala Responsabilizzazione | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | | | | | | | | | |
| (6.5 Lpsv) Livello protezione spazio vita | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| (6.6 Ica die) Indice Copertura Assistenziale | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| (6.7) Autonomia della persona | 1 <input type="checkbox"/> Autonomo | | 2 <input type="checkbox"/> Parz. dipendente | | | 3 <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (6.8) Supporto rete | 1 <input type="checkbox"/> Presenza | | 2 <input type="checkbox"/> Presenza parziale | | | 3 <input type="checkbox"/> Assenza | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LIVELLO DI BISOGNO ASSISTENZIALE SOCIALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Intensità | Servizi | (7.1) Necessari | (7.2) Già offerti | da offrire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bassa | Servizi di prossimità | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Telesoccorso o teleassistenza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Trasporto sociale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Pasti o lavanderia a domicilio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Altro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Media | Assegni economici sostegno domiciliarità | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Assistenza domiciliare fino a 10 h/sett. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Semiresidenziali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Altro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alta | Assistenza domiciliare dalle 11 alle 18 h/sett. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Assistenza domiciliare oltre 18 h/sett. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Residenziali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Altro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

