

## 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 \_\_\_\_\_ ESENEZIONE 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”

#### VALUTAZIONE FUNZIONALE ATTIVITA' DI BASE (INDICE DI Barthel – vedi Allegato)

Categorie	Punteggi Totali Indice di Barthel	Livello di Dipendenza	Ore di Assistenza necessarie/Settimanali
1	0-24	<b>3</b> <input type="checkbox"/> Totale	27.0
2	25-49	<b>6</b> <input type="checkbox"/> Severa	23.5
3	50-74	<b>9</b> <input type="checkbox"/> Moderata	20.0
4	75-90	<b>12</b> <input type="checkbox"/> Lieve	13.0
5	91-99	<b>15</b> <input type="checkbox"/> Minima	minore 10

#### 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
7.	<b>Condizione legata all'Autonomia</b>		15
<b>TOTALE</b>			<b>65</b>



COMUNE DI BRACCIANO  
CAPOFILA DISTRETTO RM 4.3

## SEGNALAZIONE DI URGENZA E/O RICHIESTA DI DEROGHE

---

---

---

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

---

---

---

---

---



**Allegato A - Barthel Index Modificato (BIM)**

<b>Alimentazione</b>	<b>BIM</b>
Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo nell'uso di eventuali ausili (tutte le attività: tagliare, spalmare, ecc.)	<b>10</b>
Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è necessaria la presenza di una persona	<b>8</b>
Capace di alimentarsi da solo ma con supervisore. Richiede assistenza nelle attività come versare il latte, mettere il sale, girare un piatto, spalmare il burro ecc.	<b>5</b>
Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es. cucchiaio).	<b>2</b>
Totalmente dipendente, deve essere imboccato.	<b>0</b>
<b>Igiene Personale</b>	<b>BIM</b>
Capace di lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi; un uomo deve sapersi radere (tutte le operazioni, e con tutti i tipi di rasoio), una donna deve sapersi truccare (esclusa l'acconciatura dei capelli) se abituati a farlo.	<b>5</b>
In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le operazioni.	<b>4</b>
Necessita di aiuto per una o più operazioni.	<b>3</b>
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	<b>1</b>
Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente.	<b>0</b>
<b>Farsi il bagno o la doccia</b>	<b>BIM</b>
Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugnatrice completa, completamente autonomo.	<b>5</b>
Necessita di supervisione per sicurezza (es. Trasferimenti, controllo temperatura dell'acqua ecc.).	<b>4</b>
Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi.	<b>3</b>
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	<b>1</b>
Totalmente dipendente nel lavarsi.	<b>0</b>
<b>Abbigliamento</b>	<b>BIM</b>
Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, indossare un corsetto o una protesi	<b>10</b>
Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci delle scarpe ecc.).	<b>8</b>
Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento.	<b>5</b>
Capace di collaborare in minima parte ma dipendente per tutte le attività.	<b>2</b>
Totalmente dipendente, non collabora alle attività.	<b>0</b>
<b>Trasferimenti carrozzina/letto</b>	<b>BIM</b>
Capace, in sicurezza, di avvicinarsi al letto, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina. Indipendente in tutte le fasi.	<b>15</b>
Necessaria la supervisione di una persona per maggior sicurezza.	<b>12</b>
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	<b>8</b>
Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del trasferimento.	<b>3</b>
Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un sollevamatali.	<b>0</b>
<b>Uso del W.C.</b>	<b>BIM</b>
Capace di trasferirsi da/sul W.C., sfilarsi/infilarsi i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica. Può usare la comoda o la padella o il pappagallo in modo autonomo (inclusi lo svuotamento e la pulizia).	<b>10</b>
Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda, pappagallo, ecc.	<b>8</b>
Necessita di aiuto per vestirsi/sgestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani.	<b>5</b>
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	<b>2</b>
Totalmente dipendente.	<b>0</b>
<b>Continenza urinaria</b>	<b>BIM</b>
Controllo completo sia di giorno che di notte. Uso autonomo dei presidi urinari interni/esterni (condom, ecc.)	<b>10</b>
Generalmente asciutto giorno e notte. Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari.	<b>8</b>
Generalmente asciutto di giorno ma non di notte. Necessita di aiuto per la gestione dei presidi urinari.	<b>5</b>
Incontinente ma collabora nell'applicazione di presidi urinari.	<b>2</b>
Totalmente incontinente o portatore di catetere a dimora.	<b>0</b>

<b>Continenza intestinale</b>	<b>BIM</b>
Controllo completo sia di giorno che di notte. Capace di mettersi le supposte o fare i clisteri.	<b>10</b>
Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri.	<b>8</b>
Frequenti episodi di incontinenza. Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di pulirsi. Necessita di aiuto nell'uso dei dispositivi come il pannolone	<b>5</b>
Necessita di aiuto in tutte le fasi.	<b>2</b>
Totalmente incontinente.	<b>0</b>
<b>Deambulazione</b>	<b>BIM</b>
Capace di gestire una protesi se necessaria, di alzarsi in piedi e di sedersi, di sistemare gli ausili. Capace di usare gli ausili (bastone, ecc.) e di camminare 50 mt. Senza aiuto o supervisore.	<b>15</b>
Indipendente nella deambulazione ma con autonomia inferiore a 50 metri o necessita di supervisione per maggior sicurezza nelle situazioni a rischio.	<b>8</b>
Necessita di una persona per raggiungere o usare correttamente gli ausili.	<b>5</b>
Necessita della presenza costante di una o più persone durante la deambulazione.	<b>2</b>
Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare.	<b>0</b>
<b>Uso della carrozzina (nel BIM non c'è questa area, inserire 5 nell'area. Deambulazione se il paziente è autonomo in carrozzina)</b>	<b>BIM</b>
Capace di muoversi autonomamente in carrozzina (fare le curve, cambiare direzione, avvicinarsi al tavolo, letto, wc ecc.).	<b>5</b>
L'autonomia deve essere di almeno 50 mt.	
Capace di spingersi per tempi prolungati e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per le curve strette.	<b>4</b>
E' necessario l'aiuto di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto ecc.	<b>3</b>
Capace di spingersi per brevi tratti e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per tutte le manovre.	<b>1</b>
Totalmente dipendente negli spostamenti con la carrozzina.	<b>0</b>
<b>Scale</b>	<b>BIM</b>
E' in grado di salire e scendere una rampa di scala in sicurezza senza aiuto nè supervisione. Se necessario usa il corrimano o gli ausili (bastone ecc.) e li trasporta in modo autonomo.	<b>10</b>
Generalmente è autonomo. Occasionalmente necessita di supervisione per sicurezza o a causa di rigidità mattutina (spasticità), dispnea ecc.	<b>8</b>
Capace di fare le scale ma non di gestire gli ausili, necessita di supervisione e di assistenza.	<b>5</b>
Necessita di aiuto costante in tutte le fasi compresa la gestione degli ausili.	<b>2</b>
Incapace di salire e scendere le scale.	<b>0</b>
<b>TOTALE</b>	