

Allegato A

**EMERGENZA CALDO 2018
PROGETTO CARONTE**

Scheda di valutazione del Bisogno

Scheda di valutazione del Bisogno per l'accesso al Progetto Caronte

Ente che rilascia la Valutazione

Servizio sociale professionale del Comune di _____
Assistente sociale estensore _____

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE *(beneficiario finale delle prestazioni per le quali si richiede accesso tramite "Buono Servizio" ex A.D. n. 421/2015)*

Nome _____ Cognome _____

luogo di nascita _____ data di nascita _____

residente in _____ (città) _____ Via/P.zza _____ n. _____
C.F. _____

recapito telefonico _____

Stato civile: coniugato/a - separato/a - divorziato/a - vedovo/a - celibe/nubile - convivente

Genere: M - F

Iniziativa della domanda

propria - familiare o affine - assistente sociale - MMG - tutore - altro soggetto
(specificare): _____

MOTIVI E TIPOLOGIA DEI SERVIZI RICHIESTI

• **BISOGNO SOCIOASSISTENZIALE**

- persona anziana in condizione di isolamento e di emarginazione sociale e/o in difficoltà o priva di assistenza e/o necessitante supporto al mantenimento dei livelli di autonomia
- persona anziana con limitati condizionamenti di natura fisica, psichica, economica o sociale nel condurre una vita autonoma e/o necessitante attività di supporto dei livelli di autonomia e/o di assistenza nell'espletamento delle attività e delle funzioni quotidiane anche attraverso prestazioni a carattere assistenziale (igiene personale)
- persona con disabilità con bassa compromissione delle autonomie funzionali in condizione di isolamento e di emarginazione sociale e/o in difficoltà o priva di assistenza e/o necessitante supporto al mantenimento dei livelli di autonomia e/o supporto al nucleo familiare
- persona con disabilità fisica, psichica o sensoriale necessitante aiuto di tipo domiciliare nello svolgimento delle normali attività quotidiane e supporto alla mobilità personale in ambito domestico
- persona anziana, parzialmente non autosufficiente, necessitante aiuto di tipo domiciliare nello svolgimento delle normali attività quotidiane e supporto alla mobilità personale in ambito domestico

• **TIPOLOGIA DI SERVIZIO RICHIESTO**

- Ricovero di Sollievo
- Servizio di Assistenza Domiciliare - S.A.D.

REQUISITI

SEZIONE A – solo nel caso di “Persone con disabilità”

Screening preliminare:

1. Il richiedente è in possesso di certificazione dell’handicap ai sensi del art. 4, L. 104/1992?: SI
 NO
2. Il richiedente è in possesso di riconoscimento della condizione di “Handicap Grave” (art. 3, comma 3 L. 104/1992)?: SI NO
3. Il richiedente è titolare di pensione di invalidità? SI NO
4. Il richiedente è titolare di indennità di accompagnamento? SI NO

Tipologia di disabilità:

1. Sensoriale: linguaggio - udito - vista
2. Fisica
3. Motoria
4. Psicica: intellettiva - mentale

SEZIONE B – solo nel caso di “Anziani”

Screening preliminare:

1. Il richiedente è persona ultra 65enne?: SI NO

Informazioni ricognitive:

1. Il richiedente è in possesso di riconoscimento di invalidità (civile/lavoro ecc..) SI (indicare percentuale _____%) NO
2. Il richiedente è titolare di pensione di invalidità? SI NO
3. Il richiedente è titolare di indennità di accompagnamento? SI NO

Tipologia delle limitazioni all’autonomia personale/qualità della vita della persona anziana:

1. Anziano/a solo o in condizione di isolamento/emarginazione
2. Anziano/a parzialmente non-autosufficiente con limitazioni nello svolgimento delle normali attività quotidiane riferite alla cura di sé e dell’ambiente di vita
3. Anziano/a parzialmente non-autosufficiente con limitazioni nella mobilità personale all’interno dell’ambiente domestico

Informazioni sull'anziano/disabile

1 Quale è il suo attuale stato civile?

- 1- Coniugato/convivente
 2- Celibe/nubile
 3- Vedovo/a
 4- Separato/a-Divorziato/a

2 Attualmente con chi vive?

Barrare tutte le voci che interessano

- Solo
 Con marito/moglie/fratelli/sorelle
 Con figli
 Con una persona retribuita per aiutarla
 Residenza anziani
 Altro, specificare _____

3 Scolarità

- 1- Analfabeta
 2- Scuola elementare
 3- Scuola media inferiore
 4- Scuola media superiore
 5- Università

4 Lavoro svolto in precedenza

- 1- Lavoro manuale
 2- Lavoro intellettuale

5 Attuali mezzi di sostentamento

- Pensione (1-anzianità 2-invalidità 3-sociale) _____
 Indennità accompagnamento
 Altro

Informazioni sull'abitazione:

6- Il condominio in cui abita (o la sua abitazione se individuale) ha barriere architettoniche?

- 1-Sì → Specificare _____
 2-No

7- Per la tipologia dell'abitazione, è necessario l'ascensore per raggiungere casa?

- 1-Sì
 2-No

8- La sua abitazione è provvista di:

leggere e barrare le voci che interessano

- Ascensore
 Riscaldamento
 Telefono fisso
 Maniglie fissate al muro per sorreggersi nella vasca da bagno e nella doccia
 Corrimano sulle scale interne all'abitazione

- Tappeto di gomma antisdrucciolo nella vasca da bagno e nella doccia
- Buona illuminazione degli ambienti esterni alla casa (giardino, androne di ingresso, scale)
- Altro → Specificare _____

Stato di salute percepito (risponde l'assistito)

9- Come definirebbe complessivamente il suo stato di salute?

- 1- Eccellente
- 2- Molto buono
- 3- Buono
- 4- Discreto
- 5- Cattivo
- 6- Non so

10- Si sente solo?

- 1- Mai
- 2- Qualche volta
- 3- Sempre

11- A causa di un problema di salute ha attualmente difficoltà a svolgere una qualsiasi attività, in casa o fuori casa?

- 1- Sì
- 2- No

12 - Riesce a vedere bene?

- 1- Sì
- 2- Sì, se indosso gli occhiali
- 3- No

13 - Ci sente bene?

- 1- Sì
- 2- Sì, usando la protesi
- 3- No

14 - Ha difficoltà nel masticare il cibo?

- 1- Sì
- 2- No, usando la protesi
- 3- No, anche con la protesi
- 4- No, non ho la protesi

Inserimento sociale: (risponde l'assistito)

15- Nelle ultime 2 settimane, ha fatto quattro chiacchiere, anche per telefono, con persone che non vivono a casa con lei?

- 1- Sì
- 2- No
- 3- Non so/non ricordo

16- Nelle ultime 2 settimane, è mai uscito di casa?

- 1- Sì
 2- No
 3- Non so/non ricordo

17- Nelle ultime 2 settimane, ha partecipato ad attività sociali con altre persone, per esempio al centro anziani, al circolo, al partito, in parrocchia, al teatro, ecc. ?

- 1- Sì
 2- No
 3- Non so/non ricordo

18- Nelle ultime 2 settimane, per quante ore al giorno in media è stato seduto a vedere la TV?

Numero di ore ___

Non so/non ricordo

Autosufficienza: (risponde l'assistito)

A) non è in grado di svolgere le azioni da solo

B) svolge le azioni con aiuto continuo o saltuario C) indipendente, svolge le attività da solo

ADL	A	B	C
Mangiare (incluso tagliare una bistecca di carne)	0	5	10
Vestirsi (incluso infilarsi le scarpe ed allacciarsi i lacci)	0	5	10
Toilette personale (lavarsi la faccia, pettinarsi, farsi la barba, pulirsi i denti)	0	0	5
Fare il bagno o la doccia	0	0	5
Controllo defecazione	0	5	10
Controllo minzione	0	5	10
Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare (include il sedersi sul letto)	0	10	15
Montare e scendere dal WC (maneggiare i vestiti, asciugarsi, far scorrere acqua)	0	5	10
Camminare in piano	0	10	15
Salire e scendere le scale	0	5	10

Punteggio totale _____

20- Chi l'aiuta di più nelle attività che ha detto di non poter svolgere da solo?

Risponde l'assistito; indicare non più di 3 fornitori di aiuto graduandoli da 1 a 3

	Chi aiuta	Quanti giorni a settimana	Quante ore al giorno
Marito/moglie			
Un altro familiare			
Un vicino di casa/amico			
Una persona a pagamento			
Personale della ASL			
Personale del Comune			
Personale volontario			

Altro, specificare _____			
--------------------------	--	--	--

PAI

**ESITO FINALE DELLA VALUTAZIONE DI APPROPRIATEZZA E
DEFINIZIONE DEL PROGETTO SOCIO-ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO**

Viste le dichiarazioni e le documentazioni acquisite in sede di istruttoria e preso atto degli esiti della valutazione del bisogno, si DICHIARA la

NON Appropriata della richiesta di accesso al Progetto Caronte indicato da parte del richiedente beneficiario finale Sig. _____ con la seguente motivazione:

- assenza delle condizioni minime (pre-requisiti) di bisogno in relazione alla tipologia di servizio richiesto
- Insussistenza del bisogno dichiarato

Appropriata della richiesta di accesso al servizio indicato da parte del richiedente beneficiario finale Sig. _____

ED AUTORIZZA (esclusivamente in caso di riconoscimento di "appropriatezza") il Sig. _____ ad essere arruolato nel Progetto Caronte di cui all'Avviso pubblico, approvato con D.D. N. 1019 del 13/07/2017, nel rispetto del seguente **PROGETTO ASSISTENZIALE di massima. Trasmette all'Ufficio di Piano per gli adempimenti di competenza:**

Tipologia di servizio:

- Ricovero di Sollievo
- Servizio di Assistenza Domiciliare - S.A.D.

A decorrere dal _____ fino al 09/09/2018

Descrizione delle attività:

- Servizio di Assistenza Domiciliare - S.A.D.** finalizzato a:
 - Aiuto per l'igiene e la cura della persona;
 - Aiuto per la pulizia della casa;
 - Spesa e preparazione pasti;
 - Segretariato sociale;
 - Accompagno.
- Ricovero di Sollievo**
 - Intervento tutelare/alberghiero (all'esito della valutazione da parte della commissione UVI distrettuale)

Soggetto Gestore scelto dall'Elenco dell'Ambito Territoriale Sociale N23 :

Società/Cooperativa: _____

Firma beneficiario: _____

L'Assistente Sociale estensore

Data di rilascio della Valutazione _____
Num. Prot. Comunale _____

Consenso al trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e regolamento UE N. 679/2016, acconsento al trattamento dei miei dati personali e sensibili, alla comunicazione degli stessi all'Ambito Territoriale Sociale N23 nonché al loro trattamento da parte dello stesso con le seguenti modalità:

- 1- Finalità: elaborare studi e ricerche statistiche in forma anonima;
 - 2- Modalità: il trattamento sarà effettuato con modalità telematiche, attraverso mezzi informatici;
 - 3- Comunicazione dei dati a terzi: i dati non saranno comunicati a soggetti terzi rispetto a quelli di seguito elencati, se non chiedendoLe espressamente il consenso: Ambito Territoriale Sociale N23.
- Il trattamento dei Suoi dati personali, direttamente o anche attraverso soggetti incaricati, sarà effettuato esclusivamente da parte del seguente soggetto:
Ambito Territoriale Sociale N23 - P.zza Duomo, 1 - 80035 Nola, che è titolare e responsabile del trattamento.

Firma dell'assistito: _____

La ringrazio per la collaborazione