



## Distretto di Lecco

### SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE /PROGETTO 2017 DGR 5940/2015 MISURA B2

<b>NOMINATIVO</b>			Luogo e data di nascita:	
<b>CODICE FISCALE</b>	Residente a:	Indirizzo :	tel:	email:
<b>INVALIDITA'</b>	Riportare diagnosi certificata: % DI INVALIDITA' _____ ACCOMPAGNAMENTO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
<b>ASSISTENTE SOCIALE DI RIFERIMENTO</b>	NOMINATIVO:			
	TELEFONO:	E-MAIL:		
<b>PERSONA DI RIFERIMENTO</b>	NOMINATIVO:	rapporto di parentela:	indirizzo e recapito telefonico/mail	
	LA SITUAZIONE E' GIA' CONOSCIUTA DAL SERVIZIO SOCIALE DI BASE: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> dall'anno _____			
	LA PERSONA HA GIA' PRESENTATO ISTANZA DGR 4249/15 NEL 2016 : NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			
<b>Indicare se la persona è inserita stabilmente nei seguenti servizi o usufruisce di prestazioni assistenziali nel 2016</b>	CDD <input type="checkbox"/> CSE/SFA <input type="checkbox"/> CSS/ CAH <input type="checkbox"/> RSD <input type="checkbox"/> SCUOLA SPECIALE E/O CON ASSISTENZA EDUCATIVA / o con PREST. SANITARIE /RIABILITATIVE <input type="checkbox"/>			
	CFPP <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> TIROCINIO RETRIBUITO <input type="checkbox"/>			
<b>Altri servizi</b>	La frequenza dei servizi sociosanitari e/o sociali è o il tirocinio retribuito è : a tempo pieno <input type="checkbox"/>			
	a tempo parziale (per i servizi, < 17,5 ore settimanali) <input type="checkbox"/>			
	RSA <input type="checkbox"/> ALLOGGIO PROTETTO PER ANZIANI <input type="checkbox"/>			
	RSA APERTA <input type="checkbox"/> RESIDENZIALITA' LEGGERA <input type="checkbox"/> Valore Voucher _____ B1 <input type="checkbox"/>			
	CPS/CD <input type="checkbox"/> ADI <input type="checkbox"/> n. accessi sett _____ SAD/SADH <input type="checkbox"/> n. ore sett _____ ADM <input type="checkbox"/> n° ore sett _____			



## Distretto di Lecco

complementari con tariffa agevolata	TARIFFA AGEVOLATA		TOTALE CARICO DELL'UTENTE
	<input type="checkbox"/> SAD/ADM/AES (Specificare) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SERVIZIO PASTI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> TELESOCCORSO/TELEASSISTENZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> SERVIZIO LAVANDERIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> SERVIZIO TRASPORTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ALTRO (Specificare) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### LEGENDA PER LA COMPILAZIONE DELLE TABELLE DI VALUTAZIONE DEL CARICO ASSISTENZIALE:

- A) Assistenza garantita 24 ore/24, **compresa la notte: l'assistenza notturna si intende attiva e abituale (Es: il figlio si trasferisce a dormire ogni notte a casa del genitore invalido perchè sono necessari più interventi assistenziali durante la notte per movimentazione o monitoraggio della situazione, ecc);**
- B) Assistenza continuativa di almeno 7 ore al giorno;
- C) Assistenza quotidiana inferiore alle 7 ore al giorno;
- D) Assistenza occasionale per meno di tre accessi brevi durante la settimana;
- E) Mancata partecipazione all'organizzazione assistenziale.

**N.B.: Le tabelle devono essere compilate anche nel caso in cui sia presente un assistente familiare regolarmente assunto. In tal caso, il carico assistenziale in capo ai figli/persone terze sarà valutato in funzione di tale condizione**

### COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE ANAGRAFICO

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE (Indicare nome e cognome, età e condizione lavorativa (N.B.: se il soggetto è senza reddito o con reddito ridotto derivato da contratto di lavoro part-time, indicare se tale condizione è dovuta alla perdita dell'occupazione o si tratta di una scelta per garantire assistenza alla persona fragile))	RAPPORTO DI PARENTELA	valutazione carico assistenziale dei conviventi					Altro (specificare)	EVENTUALE INVALIDITA' DEL FAMILIARE RICONOSCIUTA IN %	Indicare anche se IL FAMILIARE ha presentato istanza di valutazione ai sensi della DGR 4249/2015)
		A	B	C	D	E			
Beneficiario:									
1)									
2)									
3)									



## Distretto di Lecco

### VALUTAZIONE DEL CARICO ASSISTENZIALE IN CAPO A TUTTI I FIGLI E/O FRATELLI

INDICARE NOME, COGNOME, ETA', RESIDENZA, CONDIZIONE LAVORATIVA (N.B.: se il figlio senza reddito o con reddito ridotto derivato da contratto di lavoro part-time, indicare se tale condizione è dovuta alla perdita dell'occupazione o si tratta di una scelta per garantire assistenza al genitore )	A	B	C	D	E	Altro (Specificare)
1)						
2)						
3)						
4)						
5)						
6)						

### VALUTAZIONE DEL CARICO ASSISTENZIALE IN CAPO A SOGGETTI ALTRI

INDICARE NOME, COGNOME, ETA', RESIDENZA, CONDIZIONE LAVORATIVA (N.B.: se il soggetto è senza reddito o con reddito ridotto derivato da contratto di lavoro part-time, indicare se tale condizione è dovuta alla perdita dell'occupazione o si tratta di una scelta per garantire assistenza alla persona fragile)	A	B	C	D	E	Altro (Specificare)
1)						
2)						
3)						

Vi sono familiari che usufruiscono di permessi retribuiti continuativi per l'assistenza al congiunto ai sensi della L.104/92 o altre: SI  NO

Chi ne usufruisce (Nome e cognome e relazione di parentela) \_\_\_\_\_

Durata dei permessi(Precisare se si tratta dei tre giorni mensili o del congedo straordinario)\_\_\_\_\_



## Distretto di Lecco

### ASSISTENTE PERSONALE CON REGOLARE CONTRATTO

Barrare	Tipologia assistenza garantita	Spesa mensile indicativa	Eventuali note
<input type="checkbox"/>	Continuativa sulle 24 h ( <b>presenza attiva anche notturna</b> )		
<input type="checkbox"/>	Continuativa diurna (almeno 7 h) esclusa la notte		
<input type="checkbox"/>	Assistenza diurna e/o notturna non continuativa		

### BISOGNO ASSISTENZIALE VALUTATO in coerenza con le scale ADL-IADL applicate

BISOGNO ASSISTENZIALE		
ELEVATO	<input type="checkbox"/>	Note
MEDIO	<input type="checkbox"/>	Note
BASSO	<input type="checkbox"/>	Note

### ADEGUATEZZA DELL'ASSISTENZA FORNITA DAL CAREGIVER FAMILIARE/ASSISTENTE PERSONALE IN RELAZIONE AL BISOGNO RILEVATO

ADEGUATA	<input type="checkbox"/>	Note
NON PIENAMENTE SUFFICIENTE	<input type="checkbox"/>	Note
INADEGUATA	<input type="checkbox"/>	Note

### PARTICOLARITA' DA SEGNALARE RIGUARDO LA COMPOSIZIONE FAMILIARE O L'ORGANIZZAZIONE ASSISTENZIALE

---



---



---



---



---



## Distretto di Lecco

**IPOTESI PROGETTUALE** indicare eventuali ipotesi di interventi da attuare secondo lo schema di seguito indicato (per la stesura del progetto il SSB è invitato ad avvalersi della collaborazione dell'Assistente Sociale d'Ambito e/o del SAI (servizio di aiuto all'integrazione per disabili) e delle unità d'offerta a cui eventualmente è già in carico l'utente).

INTERVENTI	barrare con X	NOTE ESPLICATIVE DI PROGETTO
Compensazione delle prestazioni di cura assicurate dal caregiver familiare al proprio congiunto.		
Acquisto di prestazioni da assistente personale con regolare contratto (badante)		
Acquisto di prestazioni da assistente personale i con regolare da parte di persone che intendano realizzare il proprio progetto di vita indipendente senza il supporto del caregiver familiare		
Periodi di sollievo trascorsi dalla persona fragile presso unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali. Sono esclusi da questo intervento le persone titolari dei requisiti per accedere alle misure di "residenzialità leggera" e "RSA Aperta".		
Periodi di sollievo trascorsi dalla persona fragile in appartamenti protetti e/o in località climatiche presso strutture residenziali sociosanitarie o sociali e/o strutture alberghiere purché erogate da unità d'offerta sociali (ad es. vacanza protetta tramite cooperativa sociale o associazione formalmente riconosciuta. Sono esclusi da questo intervento le persone titolari dei requisiti per accedere alle misure di "residenzialità leggera" e "RSA Aperta". Questa misura non è compatibile con quella di cui al punto precedente.		
Acquisto di prestazioni presso unità d'offerta residenziali , semiresidenziali e/o sperimentali (quali periodi di sollievo diurno e/o partecipazione ad attività diurne) con finalità di sostegno alla famiglia e di integrazione sociale.		
Interventi assistenziali finalizzati alla personalizzazione dei progetti socio educativi e assistenziali in favore di persone con problematiche particolarmente gravi e complesse che necessitano di un potenziamento dello standard delle prestazioni erogate dai servizi.		
Interventi a sostegno della domiciliarità volti alla realizzazione del Piano di Assistenza Individuale destinati a persone che non accedono alla rete dei servizi socio sanitari e sociali.		



## Distretto di Lecco

<p>Interventi domiciliari di formazione, monitoraggio e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dal caregiver ai fini della tutela della persona fragile, come da modulo assistenziale 1/5940, erogati da di unità d'offerta sociosanitarie di Sono escluse da tale intervento le persone che hanno i requisiti per accedere alle misure di "RSA Aperta".</p>		
<p>Interventi complementari e/o integrativi al sostegno della domiciliarietà: pasti, lavanderia, stileria e trasporto di persone che, in assenza di assistenza sanitaria specifica durante il trasferimento, necessitano di un accompagnamento protetto presso strutture sanitarie e sociosanitarie oppure da e verso strutture di riabilitazione. Sono escluse dal voucher le prestazioni e i servizi che prevedano una compartecipazione al costo da parte della spesa pubblica.</p>		
<p>Sostegno alla vita di relazione di minori con disabilità attraverso appositi progetti individualizzati articolati, di presa in carico complessiva che integrino in modo organico una pluralità di interventi declinati nel progetto di vita, volti al sollievo familiare, al supporto domiciliare, alla conciliazione dei tempi di vita a sostegno dell'equilibrio familiare anche attraverso interventi di natura educativa/socializzante che favoriscano il benessere psicofisico (es. Pet Therapy, AFA, attività motoria in acqua, supporto specifico alla frequenza di centri estivi, ecc). Tali progetti dovranno svolgersi lungo l'anno, declinando l'offerta in relazione al bisogno specifico del minore e del suo nucleo familiare, anche tramite l'accesso a strutture accreditate socio-sanitarie e sociali nel rispetto degli standard di igiene e sicurezza e con personale dedicato(es. interventi educativi anche in gruppo, attività estive e nei periodi di chiusura delle scuole, esigenze specifiche determinate dalla condizione di fragilità del minore ecc.</p>		<p><b>SPECIFICARE IL PROGETTO</b></p>
<p>Potenziamento degli interventi tutelari domiciliari in favore di persone già in carico al SAD/SADH comunale, che nella sua dimensione di intervento di base dovrà già essere erogato per almeno tre ore settimanali al momento della valutazione. L'acquisto di questi interventi potrà essere effettuato attraverso rapporto economico diretto tra la famiglia e i soggetti gestori dell'erogazione di servizi domiciliari (SAD/SADH). Gli interventi potranno essere sostenuti attraverso un voucher mensile, anche di durata temporanea e a diversa intensità Sono esclusi gli interventi sostenuti attraverso le risorse del FSR e del FNPS.</p>		

LUOGO E DATA, \_\_\_\_\_

L'ASSISTENTE SOCIALE