



**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"/> fitto	<input type="checkbox"/> servita	
<input type="checkbox"/> comodato gratuito	<input type="checkbox"/> sfratto esecutivo data _____	<input type="checkbox"/> poco servita	
<input type="checkbox"/> usufrutto	<input type="checkbox"/> occupata abusivamente	<input type="checkbox"/> isolata	
<input type="checkbox"/> all. pubb. assegnato			

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						
	Telesoccorso o teleassistenza						<input type="checkbox"/> Com./Amb. <input type="checkbox"/> Com. /ASL <input type="checkbox"/> ASL
	Trasporto sociale						
	Pasti o lavanderia a domicilio						<input type="checkbox"/> comp.
	Altro						
Media	Assegni economici per sostegno alla domiciliarità						
	Assistenza domiciliare fino a 10 ore settimanali						<input type="checkbox"/> Integrata <input type="checkbox"/> comp. Retta Amb. __, __ Retta S.S.R. __, __ Retta Assist. __, __
	Semiresidenziali						
	Altro						
Alta	Assistenza domiciliare dalle 11 alle 18 ore settimanali						<input type="checkbox"/> Integrata <input type="checkbox"/> comp.
	Assistenza domiciliare oltre 18 ore settimanali						<input type="checkbox"/> Integrata <input type="checkbox"/> comp. Retta Amb. __, __ Retta S.S.R. __, __ Retta Assist. __, __
	Residenziali						
	Altro						

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"/>																				

