AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI GAGLIANO DEL CAPO

Provincia di Lecce

ALL. B - SCHEDA DI RILEVAZIONE PER LA VALUTAZIONE DEL CASO

Servizio di Assistenza Domiciliare — art. 87 R.R. Puglia n. 4/2007

La presente scheda è compilata dall'assistente sociale in sede di valutazione del caso e dalla commissione tecnica e costituisce il documento di rilevazione dei dati. I punteggi non sono attribuiti in questa sede: sono calcolati successivamente applicando ai dati rilevati i parametri stabiliti dall'All. C "Criteri di attribuzione del punteggio per l'accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)".

DATI ANAGRAFICI DELL'ISTANTE

Cognome

Nome

Codice fiscale

Data di nascita

Luogo di nascita

Indirizzo di residenza

Telefono

Indirizzo e-mail

RETE SOCIALE DI SUPPORTO

fino a 20 punti

A. Nucleo familiare convivente

Si indicano qui le persone legate all'istante da vincolo di parentela, affinità, matrimonio, unione civile o convivenza di fatto, che vivono stabilmente con lui. Per queste persone, e soltanto per queste, si rileva anche l'eventuale invalidità riconosciuta. Non si rilevano la lontananza dal domicilio e i giorni di presenza, che la convivenza rende pari al massimo; resta invece da indicare l'età, che incide sul calcolo.

☐ **Nessun familiare convivente**

N.	Cognome e nome	Relazione(cod.)	Età	Invalidità(cod.)	Cura pers.	Cura abit.	Supervisione
1					☐	☐	☐
2					☐	☐	☐
3					☐	☐	☐
4					☐	☐	☐
5					☐	☐	☐

B. Rete di supporto

Si indicano qui tutte le altre persone che prestano assistenza: familiari non conviventi, amici, vicini di casa, assistente familiare e ogni altra figura di supporto, anche se convivente. Per queste persone non si rileva lo stato di salute e non va richiesta alcuna documentazione sanitaria.

☐ **Assenza rete sociale di supporto**

N.	Cognome e nome	Relazione(cod.)	Età	Lontananza(cod.)	Giorni a sett.	Cura pers.	Cura abitaz.	Supervisione
1						☐	☐	☐
2						☐	☐	☐
3						☐	☐	☐
4						☐	☐	☐
5						☐	☐	☐
6						☐	☐	☐
7						☐	☐	☐
8						☐	☐	☐

Codici da utilizzare nelle colonne della tabella

Relazione	Lontananza dal domicilio	Invalidità della persona di supporto
C coniuge / convivente more uxorio	C convivente	nessuna invalidità riconosciuta
AS assistente familiare o altra figura di supporto	V immediate vicinanze	1-33 invalidità dall'1% al 33%
FI figlio/a	15 entro 15 minuti	34-66 invalidità dal 34% al 66%
G genitore	30 entro 30 minuti	67-99 invalidità dal 67% al 99%
FR fratello / sorella	60 entro 1 ora	100-L104G invalidità 100% e/o L. 104/92 art. 3 c. 3
NU genero / nuora	O oltre 1 ora	
NO nonno/a		
ND nipote diretto		
NI nipote indiretto		
AL altro familiare		
VI amico / vicino di casa		

«Assistente familiare o altra figura di supporto» (AS): persona che, senza essere parente né semplice amico o vicino, assicura di fatto un supporto continuativo e stabile equivalente a quello di un convivente. Vi rientra tanto l'assistente familiare quanto la persona della rete di prossimità divenuta caregiver principale. Il ruolo è rilevato sulla base di quanto dichiarato in sede di visita; non è richiesta alcuna documentazione. — Colonne «Cura persona», «Cura abitazione», «Supervisione»: barrare la casella corrispondente alle attività effettivamente svolte da ciascuna persona. — «Giorni a sett.»: numero di giorni, da 0 a 7, in cui la persona è effettivamente presente. — Colonna «Invalidità», presente nella sola tabella A: se il titolo del familiare convivente non reca una percentuale, si usa il codice corrispondente alla condizione attestata — 100-L104G per non autosufficienza, disabilità grave, sostegno molto elevato o elevato; 67-99 per disabilità media o sostegno medio; 34-66 per condizione di disabilità senza necessità di sostegno elevato o sostegno lieve.

GRADO DI AUTONOMIA — fino a 20 punti

Attribuire a ciascuna voce un punteggio da 0 a 3, dove 0 corrisponde alla piena autonomia e 3 alla compromissione massima. Barrare la casella corrispondente. Il totale, compreso fra 0 e 39, va riportato nell'ultima riga.

N.	Voce di valutazione	0	1	2	3
1	Capacità di deambulazione	☐	☐	☐	☐
2	Capacità di alimentarsi autonomamente	☐	☐	☐	☐
3	Utilizzo dei servizi igienici	☐	☐	☐	☐
4	Igiene personale quotidiana	☐	☐	☐	☐
5	Preparazione dei pasti	☐	☐	☐	☐
6	Capacità di vestirsi autonomamente	☐	☐	☐	☐
7	Igiene della casa	☐	☐	☐	☐
8	Lavaggio e cambio della biancheria	☐	☐	☐	☐
9	Assunzione di medicinali	☐	☐	☐	☐
10	Uso del telefono	☐	☐	☐	☐
11	Capacità di gestire il denaro	☐	☐	☐	☐
12	Capacità di effettuare acquisti	☐	☐	☐	☐
13	Uso di auto o altri mezzi per gli spostamenti	☐	☐	☐	☐
	TOTALE RILEVATO (0 – 39)				

SITUAZIONE ABITATIVA — fino a 5 punti

Barriere architettoniche

- ☐ Assenti
- ☐ Solo esterne (gradini di accesso, assenza di ascensore)
- ☐ Interne (barriere presenti anche all'interno dell'abitazione)

Dislocazione nel territorio

- ☐ Servita (negozi, farmacia, trasporti facilmente raggiungibili)
- ☐ Poco servita
- ☐ Isolata

Titolo di godimento dell'alloggio

- ☐ Titolo stabile: proprietà, usufrutto o titolo gratuito
- ☐ Titolo precario: in affitto da privato o da ente pubblico, oppure godimento senza titolo

ALTRI SERVIZI O SUPPORTI GIÀ ATTIVI — fino a 15 punti

Rilevare il numero complessivo di ore settimanali di operatore socio-sanitario già attive alla data odierna, quale somma delle ore erogate da tutti i servizi in essere. Compilare il dettaglio a fini istruttori e riportare il totale nell'ultima riga.

- ☐ **Nessun servizio attivo alla data odierna**

Servizio già attivo	Ente erogante	Ore settimanali
Assistenza domiciliare comunale (SAD)		
Assistenza domiciliare integrata (ADI)		
Servizi finanziati mediante buoni servizio		
Altro (specificare)		
TOTALE ORE SETTIMANALI		

NOTE E OSSERVAZIONI DELL'ASSISTENTE SOCIALE

Spazio riservato ad annotazioni qualitative sulla situazione rilevata e, ove necessario, alle circostanze che hanno determinato i punteggi attribuiti nella sezione «Grado di autonomia». Il contenuto non attribuisce di per sé punteggio e resta agli atti del procedimento.

PIANO ASSISTENZIALE

Sezione compilata dall'assistente sociale a esito della visita e sottoscritta dal beneficiario o da chi lo rappresenta. Il piano qui definito non concorre all'attribuzione del punteggio né alla posizione in graduatoria e vale, per il richiedente ammesso al servizio, come piano assistenziale, con l'indicazione delle prestazioni, del numero di ore settimanali e del termine.

1. Tipo di prestazioni richieste (è possibile barrare più voci)

Prestazioni di tipo domestico

☐ Cura delle condizioni igieniche degli ambienti di vita primari della persona (camera da letto, cucina, bagno); preparazione del letto; piccolo bucato e stiratura; preparazione dei pasti

☐ Assistenza nell'organizzazione dell'attività domestica

☐ Spesa e commissioni varie

Prestazioni di aiuto personale

☐ Igiene personale o totale della persona allettata e non; mobilizzazione della persona costretta a letto; vestizione dell'utente

☐ Indicazione sull'applicazione di corrette norme igienico-sanitarie

☐ Rilevazione della temperatura corporea; assistenza e vigilanza all'utente durante l'assunzione dei farmaci per via orale e topica

☐ Aiuto a una corretta assunzione dei pasti; alimentazione a letto

☐ Sostegno al mantenimento di abilità psico-fisiche residue (uso del telefono, di elettrodomestici, ecc.)

☐ Segnalazione agli operatori sanitari e sociali di sintomi di malattie e/o di situazioni di bisogno evidenziatesi nel corso delle attività lavorative

Prestazioni di accompagnamento

☐ Spostamenti dal luogo di residenza dell'utente per visite mediche e accertamenti diagnostici, limitati al territorio della provincia di Lecce

2. Numero di ore settimanali di servizio da attivare

Il monte ore settimanale non può superare 7 ore per utente e 10 ore per coppia di utenti appartenenti allo stesso nucleo familiare (art. 14, comma 3, del Regolamento dei servizi di Cure Domiciliari). Se il beneficiario fruisce già di altra assistenza domiciliare erogata da enti pubblici, le ore del SAD si attivano soltanto per la quota necessaria a non eccedere il limite complessivo di 16 ore settimanali per utente e di 20 per coppia (art. 6 del medesimo Regolamento).

Ore settimanali proposte

---

3. Termine del servizio

Data termine servizio

Luogo e data della visita domiciliare

_____	_____	_____
L'istante	*Il caregiver (se presente)*	*L'assistente sociale*

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI E SOTTOSCRIZIONE

I dati raccolti con la presente scheda sono trattati dall'Ambito Territoriale Sociale di Gagliano del Capo, in qualità di titolare del trattamento, per le sole finalità connesse all'istruttoria della domanda di accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare e alla formazione della relativa graduatoria.

Il trattamento comprende dati relativi alla salute e alla condizione sociale, che costituiscono categorie particolari di dati personali ai sensi dell'art. 9 del Regolamento (UE) 2016/679. La base giuridica è costituita dall'esecuzione di un compito di interesse pubblico e dai motivi di interesse pubblico rilevante in materia di protezione sociale, ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. e) e dell'art. 9, par. 2, lett. b) e h) del medesimo Regolamento.

La scheda contiene inoltre dati riferiti a persone diverse dal beneficiario, vale a dire le persone indicate nella sezione «Rete sociale di supporto», trattati per la sola determinazione del punteggio della relativa dimensione. I dati relativi alla salute sono rilevati esclusivamente per i familiari conviventi, e sono limitati al grado di invalidità eventualmente riconosciuto; per le altre persone della rete di supporto non è rilevato alcun dato sanitario. A tali soggetti l'Ufficio di Piano rende l'informativa prevista dall'art. 14 del Regolamento (UE) 2016/679.

I dati sono conservati per il tempo necessario allo svolgimento del procedimento e ai successivi obblighi di conservazione documentale, e non sono diffusi né comunicati a terzi al di fuori dei casi previsti dalla legge. L'interessato può esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del Regolamento rivolgendosi all'Ufficio di Piano dell'Ambito.

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto l'informativa e che i dati riportati nella presente scheda corrispondono al vero, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci.

Luogo e data

_____ _____

L'istante *Il caregiver (se presente)*

PARTE RISERVATA ALLA COMMISSIONE TECNICA

CONDIZIONE CERTIFICATA DI INVALIDITÀ O DISABILITÀ — fino a 20 punti

Tre vie alternative verso la stessa scala di punteggio. Si compila SOLTANTO quella corrispondente al titolo posseduto. Se il richiedente possiede titoli riconducibili a più vie, si compilano tutte: varrà il punteggio più alto fra quelli spettanti, senza cumulo.

Stato del verbale prodotto

- ☐ Non soggetto a revisione
- ☐ Soggetto a revisione — resta valido fino alla visita di revisione, anche se la data è trascorsa
- ☐ Certificazione PROVVISORIA per patologia oncologica (L. 80/2006)

VIA A — percentuale di invalidità CIVILE (barrare la fascia risultante dal verbale)

- ☐ Inferiore al 34% — invalidità accertata senza riconoscimento di benefici
- ☐ Dal 34% al 45%
- ☐ Dal 46% al 49%
- ☐ Dal 50% al 66%
- ☐ Dal 67% al 73%
- ☐ Dal 74% al 99%
- ☐ 100%

Percentuale esatta indicata nel verbale

Non utilizzare questa via per i verbali INAIL: la percentuale di menomazione dell'integrità psicofisica è calcolata su tabelle proprie e non equivale alla percentuale di invalidità civile. I verbali INAIL si valutano con le vie B e C.

Indennità di accompagnamento o prestazione equivalente (L. 18/1980 e L. 508/1988)

☐ Riconosciuta ☐ Non riconosciuta

Il verbale adopera una formula unica per tre situazioni diverse: l'adulto con totale e permanente inabilità lavorativa al 100%; il minore di diciotto anni; l'ultrasessantacinquenne con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sua età. In tutti e tre i casi l'indennità è riconosciuta quando il verbale attesta, in aggiunta, l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore oppure la necessità di assistenza continua per non essere in grado di compiere gli atti quotidiani della vita. Sono equiparati all'indennità di accompagnamento: l'assegno INPS per l'assistenza personale e continuativa (L. 222/1984, art. 5), l'analogo assegno INAIL, l'assegno di superinvalidità dei trattamenti di guerra.

VIE B e C — condizione certificata, quando il verbale non riporta una percentuale

- ☐ NA — Non autosufficienza (All. 3 DPCM 159/2013) oppure sostegno MOLTO ELEVATO (D.Lgs. 62/2024)
- ☐ GR — Disabilità grave oppure sostegno ELEVATO
- ☐ ME — Disabilità media oppure sostegno MEDIO
- ☐ MF — Minore con indennità di frequenza
- ☐ LI — Condizione di disabilità senza necessità di sostegno elevato (art. 3 c. 1 L. 104/1992) oppure sostegno LIEVE

Guida alla collocazione del verbale nelle vie B e C

Sistema che ha emesso il verbale	Elemento da leggere sul verbale	Cod.
Invalidità civile — minori	indennità di accompagnamento	NA
Invalidità civile — minori	condizioni di cui alla L. 449/1997 art. 8 o L. 388/2000 art. 30	GR
Invalidità civile — minori	indennità di frequenza (difficoltà persistenti)	MF
Invalidità civile — oltre 65 anni	difficoltà persistenti, inabile 100%	GR
Invalidità civile — oltre 65 anni	difficoltà persistenti, invalido dal 67 al 99%	ME
Ciechi civili (L. 138/2001)	cieco civile assoluto	NA
Ciechi civili (L. 138/2001)	cieco civile parziale	GR
Ciechi civili (L. 138/2001)	ipovedente grave (art. 4)	ME
Sordi civili	sordo prelinguale (art. 50 L. 342/2000)	GR
Sordi civili	invalido con cofosi escluso dalla fornitura protesica (DM 332/1999)	ME
INPS (L. 222/1984)	assegno per assistenza personale e continuativa (art. 5)	NA
INPS (L. 222/1984)	inabile (artt. 2, 6, 8)	GR
INPS (L. 222/1984)	invalido (artt. 1 e 6)	ME
INAIL — qualunque scala	assegno per assistenza personale continuativa	NA
INAIL — qualunque scala	menomazioni ex L. 296/2006 art. 1 c. 782 punto 4	NA
INAIL — scala DPR 1124/1965 (eventi ante 2000)	invalido sul lavoro dall'80 al 100%	GR
INAIL — scala DPR 1124/1965 (eventi ante 2000)	invalido sul lavoro dal 50 al 79%	ME
INAIL — scala D.Lgs. 38/2000 (danno biologico)	invalido sul lavoro oltre il 59%	GR
INAIL — scala D.Lgs. 38/2000 (danno biologico)	invalido sul lavoro dal 35 al 59%	ME
Ex INPDAP	inabile (L. 274/1991, L. 335/1995)	GR
Ex INPDAP	inabile alle mansioni	ME
Guerra e trattamenti di privilegio	assegno di superinvalidità (Tab. E)	NA
Guerra e trattamenti di privilegio	1ª categoria Tab. A	GR
Guerra e trattamenti di privilegio	2ª e 3ª categoria Tab. A	ME
Condizione di disabilità (L. 104/1992)	art. 3 comma 3 — necessità di sostegno elevato o molto elevato	GR
Condizione di disabilità (L. 104/1992)	art. 3 comma 1 — senza necessità di sostegno elevato	LI
Valutazione di base (D.Lgs. 62/2024)	sostegno molto elevato	NA
Valutazione di base (D.Lgs. 62/2024)	sostegno elevato	GR
Valutazione di base (D.Lgs. 62/2024)	sostegno medio	ME
Valutazione di base (D.Lgs. 62/2024)	sostegno lieve	LI
Altro (specificare)		

SITUAZIONE ECONOMICA — fino a 20 punti

Valore ISEE (euro)

Scadenza

Tipologia di ISEE prodotta

☐ ISEE per prestazioni sociosanitarie (art. 6 DPCM 159/2013);

☐ ISEE riferito al nucleo ordinario (artt. 2-5 DPCM 159/2013);

☐ Il richiedente rifiuta di presentare l'attestazione ISEE: punteggio zero nella presente sezione e quota di compartecipazione massima.

L'attestazione ISEE in corso di validità è documentazione necessaria della domanda. In caso di mancata presentazione, ovvero di rifiuto di presentarla, il punteggio della presente sezione è pari a zero e al richiedente è applicata la quota di compartecipazione più elevata prevista dal Regolamento unico per l'accesso alle prestazioni.

Barrare la fascia in cui ricade il valore ISEE sopra indicato. Le fasce sono quelle dell'art. 16 del Regolamento unico di accesso e la quota si applica alla quota sociale della tariffa. L'indicazione ha valore informativo e si riferisce all'attestazione prodotta con la domanda: la quota dovuta è indicata nel provvedimento di ammissione al servizio.

Fascia di valore ISEE	Quota a carico	Fascia rilevata
fino a € 2.000,00	esente	☐
da € 2.000,01 a € 5.000,00	5%	☐
da € 5.000,01 a € 10.000,00	10%	☐
da € 10.000,01 a € 15.000,00	15%	☐
da € 15.000,01 a € 20.000,00	20%	☐
da € 20.000,01 a € 25.000,00	25%	☐
da € 25.000,01 a € 30.000,00	30%	☐
da € 30.000,01 a € 35.000,00	35%	☐
da € 35.000,01 a € 40.000,00	40%	☐
superiore a € 40.000,00	100%	☐

Data domanda

N. Protocollo

RIQUADRO RISERVATO ALL'UFFICIO DI PIANO DA COMPILARE A CURA DELLA COMMISSIONE

Punteggio complessivo attribuito _____ / 100

ISTRUTTORIA DEL

I COMPONENTI DELLA COMMISSIONE:

_____ *Componente della Commissione*

_____ *Componente della Commissione*

_____ *Componente della Commissione*