



COMUNE DI GENOVA

Allegato: documento tecnico

**SCHEMA DI VALUTAZIONE PER IL TRASPORTO
DELLE PERSONE CON DISABILITÀ AI CENTRI
SEMIRESIDENZIALI RIABILITATIVI PUBBLICI O
CON CONTRATTO ASL 3**

Data

___/___/___
(inserire la data della richiesta)

SCHEMA INDIVIDUALE TRASPORTO RIABILITATIVO

Il/La Sig./Sig.ra _____
(nome e cognome del beneficiario)

nato a _____ **Prov.** _____ **il** _____

Codice Fiscale _____ **Tel.** _____

E-mail _____

Residente in _____ **Prov.** _____ **Cap.** _____

Via _____ **N.** _____

Sesso F M

Medico di Medicina Generale (MMG) _____

Tel. _____ **Cell.** _____

Assistente Sociale (ATS) Dott. _____

Case Manager (ASL3) Dott. _____

Assistente Sociale (ASL3) Dott. _____

In caso di rappresentante legale (Amministratore di Sostegno, Tutore, Curatore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art.4 D.P.R. 445/2000):

Il/la Sig./Sig.ra _____

Residente in _____ **Prov.** _____ **Cap.** _____

Via _____ **N.** _____

Codice Fiscale _____ **Tel.** _____

E-mail _____

In qualità di:

- rappresentante legale del richiedente** _____
(specificare se AdS, Tutore, Curatore, ecc.)
- persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere** _____ **per conto del richiedente**
(specificare il grado di parentela)

RIFERIMENTI TELEFONICI IN ORDINE DI PRIORITÀ DI CHIAMATA

	NOME	NUMERO TELEFONICO	TIPOLOGIA RELAZIONE (tipo di parentela, vicinato, amicizia)
1			
2			

PROGRAMMAZIONE SETTIMANALE

	DA INDIRIZZO DI PARTENZA	A DEFINIRE IL CENTRO E L'INDIRIZZO	ORARIO DI ARRIVO AL CENTRO	ORARIO DI PARTENZA PER IL RIENTRO
LUNEDÌ				
MARTEDÌ				
MERCOLEDÌ				
GIOVEDÌ				
VENERDÌ				
SABATO				
TEMPI AGGIUNTIVI (salita/discesa)	LUOGO DI PARTENZA / AUTO		AUTO / LUOGO DI DESTINAZIONE	

PROGETTI REGIONALI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Persona che usufruisce dei progetti regionali per la non autosufficienza / "Doti di Cura".

- FRNA (Fondo Regionale per la Non Autosufficienza)
- GD (Disabilità Gravissima e SLA)
- PVI (Progetti Vita Indipendente)
- DdN (Dopo di Noi)

Certificazioni e assegni d'invalidità o pensioni

Invalidità civile: SÌ _____% NO domanda in corso dal _____

Pensione d'invalidità Pensione di Reversibilità Legge n.68/1999

Indennità di accompagnamento Legge n.104/1992: Art.3, 1°comma Art.3, 3°comma

Cieco assoluto SÌ NO Sordomuto SÌ NO

Si attesta che la persona a causa della sua patologia è impedita all'utilizzo dei mezzi ordinari di trasporto pubblico.

Firma Dirigente Medico/Operatore del servizio proponente

Timbro

Bisogni legati al servizio di trasporto

Necessità di viaggiare da solo SÌ NO

Necessità di secondo accompagnatore in vettura SÌ NO

Necessità di mezzo speciale (vettura con pedana) SÌ NO

Necessità di assistenza continua SÌ NO

Documentazione allegata:

Copia certificato attestante le condizioni di handicap di cui all'art. 3, 1°comma o 3°comma, della legge 5 febbraio 1992 n.104.

Il Responsabile/Operatore del servizio proponente dà atto che:

- la persona richiedente il servizio di trasporto riabilitativo (o chi ne fa le veci) ha preso visione dell'informativa privacy di cui all'art. 13 del G.D.P.R. 2016/679;
- tale documento è conservato agli atti presso la SS.D. Assistenza Disabili di ASL3 e
- la persona richiedente il servizio di trasporto (o chi ne fa le veci) acconsente all'invio della relativa domanda.

Firma Responsabile/Operatore del servizio proponente

Data

Spazio riservato – ASL3 – Dipartimento Cure Primarie – S.S.D. Assistenza Disabili

Si conferma che la richiesta di attivazione servizio trasporto a fini riabilitativi è stata autorizzata dal Dirigente Responsabile del S.S.D. Assistenza Disabili di ASL3

Data

Firma

Spazio riservato – Direzione Welfare Territoriali

Rientra nelle autorizzazioni consentite

SÌ

NO

Data decorrenza autorizzazione

Data

Firma Responsabile

NOTA: Sarà cura dell'Unità Operativa Disabilità informare l'interessato e per conoscenza il Servizio richiedente dell'avvenuta autorizzazione.

1. VALUTAZIONE SANITARIA

1.1 DIAGNOSI DELLE ATTUALI PRINCIPALI CONDIZIONI DI SALUTE

(punteggio **max 10 punti**: si deve individuare la diagnosi a seconda del livello di gravità che assegna un punteggio differenziato. Se la diagnosi è comorbile si assegnerà un ulteriore punto alla diagnosi principale)

Descrizione	Diagnosi principale	I livello (3 punti)	II livello (5 punti)	III livello (9 punti)	Diagnosi comorbilità (1 punto)
1. Disabilità Cognitiva (I livello = lieve; II livello = media; III livello = grave)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Disabilità motoria (I livello = emiparesi; II livello = paraparesi; III livello = tetraparesi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cecità / Disabilità sensoriale (I livello = lieve; II livello = media/ipovisivo; III livello = grave/totale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIAGNOSI:

1.2 POSTURA MOBILITÀ LOCOMOZIONE

(punteggio **max 10 punti**: 1 punto per ogni items corrispondente alla voce che assegna il punteggio)

1. Deambula autonomamente <i>(0 punti SÌ, 1 punto NO)</i>	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2. Deambula con aiuto <i>(1 punto SÌ, 0 punti NO)</i>	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3. Deambula con ausili <i>(1 punto SÌ, 0 punti NO)</i> Note: Se SÌ, indicare il tipo (es. bastoni, tripodi, stampelle, ecc.):	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4. Utilizza la carrozzina <i>(1 punto SÌ, 0 punti NO)</i> Note: Se SÌ, indicare il tipo (es. meccanica, elettrica, ecc.): _____ Elettrica _____	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5. È necessario caricare la carrozzina sul mezzo? <i>(1 punto SÌ, 0 punti NO)</i>	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6. Sale e scende le scale autonomamente <i>(0 punti SÌ, 1 punto NO)</i> Note: Se NO, ha bisogno di aiuto di un familiare, di un operatore, in che modalità: _____	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7. Mantiene la posizione seduta autonomamente <i>(0 punti SÌ, 1 punto NO)</i> Note: Se NO, ha bisogno di aiuto di un familiare, di un operatore, in che modalità: _____	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8. Mantiene la posizione seduta con supporti <i>(1 punto SÌ, 0 punti NO)</i> Note: Se SÌ, indicare quali (es. seggiolini, cinture di sicurezza speciali, ecc.): _ Unità posturale tronco _____	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
9. Controlla il capo (sostiene o muove la testa) <i>(0 punti SÌ, 1 punto NO)</i>	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
10. Mantiene la posizione eretta <i>(0 punti SÌ, 1 punto NO)</i>	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Note		

1.3 COMUNICAZIONE (punteggio max 7 punti : 1 punto per ogni items corrispondente alla voce che assegna il punteggio)			
1) COMPrensIONE			DESCRIZIONE (caratteristiche comunicative)
<input type="checkbox"/> Comprende (0 punti SÌ, 1 punto NO)	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Comprensione di parole/frasi semplici (0 punti SÌ, 1 punto NO)	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Nessuna comprensione (1 punto SÌ, 0 punti NO)	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
2) ESPRESSIONE VERBALE			
<input type="checkbox"/> Frasi complesse (0 punti SÌ, 1 punto NO)	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Parole/frasi brevi (0 punti SÌ, 1 punto NO)	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Emissione di suoni (0 punti SÌ, 1 punto NO)	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Nessuna produzione (1 punto SÌ, 0 punti NO)	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

1.4 COMPORTAMENTO (punteggio max 7 punti : 1 punto per ogni items corrispondente alla voce che assegna il punteggio)			
1) SENSO DEL PERICOLO			DESCRIZIONE (caratteristiche del comportamento)
<input type="checkbox"/> Riconosce le situazioni di pericolo (0 punti SÌ, 1 punto NO)	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Richiede particolare sorveglianza (1 punto SÌ, 0 punti NO)	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ha manifestazione di autolesionismo (1 punto SÌ, 0 punti NO)	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ha manifestazioni di aggressività (1 punto SÌ, 0 punti NO)	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
2) PRESENZA DISTURBI PSICHICI			
<input type="checkbox"/> Irrequietezza (1 punto SÌ, 0 punti NO)	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Agitazione psicomotoria (1 punto SÌ, 0 punti NO)	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Disorientamento spazio temporale (1 punto SÌ, 0 punti NO)	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

1.5 QUADRO CLINICO

(max 5 punti in merito alla valutazione dei parametri propensi alla criticità e all'instabilità della condizione)

- Stabile**
(non variazione nei parametri valutativi – 1 punto)
- Moderatamente instabile**
(lieve variazione nei parametri valutativi – 3 punti)
- Instabile/Possibile situazione di emergenza sanitaria**
(variazione nei parametri valutativi – 5 punti)

1.6 DOLORE

(max 4 punti: 0 punti = assenza totale di dolore; 1 punto = lieve; 2 punti = moderato; 3 punti = forte; 4 punti = insopportabile)

0 1 2 3 4

1.7 AUSILI IN USO

SÌ NO

(se sì, specificare il tipo di ausilio – 1 punto per ogni voce fino ad un punteggio max di 5 punti)

<input type="checkbox"/> Apparecchi per la funzione respiratoria	<input type="checkbox"/> Carrozzina pieghevole ed altri ausili per la deambulazione (specificare)	<input type="checkbox"/> Carrozzina non pieghevole
<input type="checkbox"/> Ausili e protesi ottiche e/o acustiche	<input type="checkbox"/> Ausili per comunicazione, informazione e segnalazione	<input type="checkbox"/> Apparecchi e ortesi per l'arto <input type="checkbox"/> Ortesi per il tronco <input type="checkbox"/> Sistemi posturali
<input type="checkbox"/> Altro _____		

1.8 ACCESSIBILITÀ

(punteggio max 2 punti: 1 punto per ogni items corrispondente alla voce SÌ)

			DESCRIZIONE
<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche presso il luogo di partenza (1 punto)	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche presso la destinazione (1 punto)	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Note: Modalità particolari di accesso (indicare se occorre codice di accesso per aprire sbarre o suonare campanello, ecc.)	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

2. VALUTAZIONE SOCIALE

2.1 FREQUENZA CENTRO SEMIRESIDENZIALE

(punteggio max **10 punti**)

• Frequenza giornaliera (5 giorni su 5) (10 punti)	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Frequenza per alcune giornate (2, 3 o 4 su 5) la settimana (5 punti)	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Frequenza per un solo giorno la settimana (1 punto)	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

2.2 CONTESTO FAMILIARE

(punteggio max **20 punti**: si può scegliere una sola risposta)

Il Disabile adulto vive:

✓ Solo	20	
✓ Solo con minore/i	20	
✓ Con genitori anziani, parzialmente autosufficienti o non autosufficienti	20	
✓ Con un familiare convivente con disabilità o problematiche di natura psichiatrica o di dipendenza	20	
✓ Solo con assistente familiare	15	
✓ Con un solo familiare adulto e minori	10	
✓ Con un solo familiare adulto	5	
✓ Con un familiare adulto e assistente familiare o con più familiari adulti	3	

2.3 PARTICOLARI CONDIZIONI SOCIALI E RELAZIONALI NEL NUCLEO FAMILIARE

(punteggio max **20 punti**: si può scegliere più di una risposta a seconda della condizione del nucleo)

- Presenza all'interno del nucleo familiare di situazioni conflittuali/relazionali tali da pregiudicare la condizione psico-fisica del disabile e/o presenza di provvedimenti dell'autorità giudiziaria a tutela di uno o più componenti del nucleo familiare (ad es. affidamento al Servizio Sociale, amministrazione di sostegno, ecc.) **(punti 5)**
- Presenza di gravi difficoltà dei componenti il nucleo familiare relativamente all'igiene personale del disabile, impedimenti all'assistenza a favore del disabile da parte di un familiare per motivi di lavoro e/o salute dovuti alla stretta sussistenza del nucleo **(punti 5)**
- Assenza/carenza di rete informale di supporto: rete parentale, amicale, vicinato, volontariato, ecc.; condizioni di grave isolamento e/o degrado del contesto esterno alla famiglia. **(punti 5)**
- Altro – da specificare **(punti da 0 – 5)**
 _L'utente vive con la madre anziana in condizioni di salute non ottimali.

Totale Punteggio: _____

VALUTAZIONE SANITARIE E SOCIALE – SINTESI FINALE <i>(Valutazione conclusiva, valida per l'accesso in graduatoria "trasporto disabili")</i>		
AREE VALUTATE	PUNTEGGIO	MAX PUNTEGGIO
1. VALUTAZIONE SANITARIA		50
1.1 DIAGNOSI		10
1.2 POSTURA MOBILITÀ LOCOMOZIONE		10
1.3 COMUNICAZIONE		7
1.4 COMPORTAMENTO		7
1.5 QUADRO CLINICO/EMERGENZA		5
1.6 DOLORE		4
1.7 AUSILI IN CORSO		5
1.8 ACCESSIBILITÀ		2
2. VALUTAZIONE SOCIALE		50
2.1 FREQUENZA AL CENTRO SEMI-RESIDENZIALE		10
2.2 CONTESTO FAMILIARE		20
2.3 SITUAZIONE RELAZIONALE		20
TOTALE		100

L'EQUIPE VALUTATIVA				
	Profilo professionale	Struttura afferenza	Cognome e Nome <i>(Leggibile)</i>	Firma
1.	<i>Medico specialista (ASL3)</i>		<i>Dott.</i>	
2.	<i>Assistente Sociale (ASL3)</i>		<i>Dott.</i>	
3.	<i>Psicologo (ASL3)</i>		<i>Dott.</i>	

Data	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> <i>(inserire la data della richiesta)</i>
-------------	--