

VALUTAZIONE DELL'OPERATORE SOCIALE DELLA COMMISSIONE MEDICO INTEGRATA

Nome e cognome dell'operatore sociale _____

ULTERIORI INFORMAZIONI

Acquisite attraverso l'osservazione diretta³, un breve colloquio con l'interessato/i familiari o provenienti da altri operatori della Commissione, analisi della documentazione sanitaria e sociale:



Dipartimento Servizio Sociale
Staff Direzione Sanitaria
SOC MEDICINA LEGALE

SCHEDA SOCIO-AMBIENTALE PER ACCERTAMENTO L. 104/92

La scheda contenente i dati relativi alla persona per la quale si richiede l'accertamento dello stato di handicap L. 104/92 dovrà essere consegnata al momento della visita in Commissione medico legale, già compilata e firmata

SEZIONE 1**INFORMAZIONI GENERALI**

Cognome _____ nome _____

nato a _____ età _____ sesso ☐ F ☐ M

indirizzo _____

Il/la sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci di cui agli artt.46 e 47 DPR 445/2000, per quanto attiene alla Sez. 1, dichiara sotto la propria responsabilità

STATO CIVILE ☐ celibe/nubile ☐ coniugato ☐ convivente ☐ separato o divorziato ☐ vedovo

NOMINA AMM. DI SOSTEGNO/TUTORE ☐ NO ☐ IN CORSO ☐ SI _____

TITOLO DI STUDIO ☐ nessuno ☐ elementare ☐ media inferiore
☐ diploma di frequenza ☐ diploma superiore ☐ laurea
☐ altro _____

OCCUPAZIONE

☐ Studente tipologia scuola/struttura _____ classe _____
sostegno scolastico ☐ NO ☐ SI - Percorso differenziato (PEI) ☐ NO ☐ SI - Percorso L170 (DSA) ☐ NO ☐ SI
educatore domiciliare ☐ NO ☐ SI - Percorso di alternanza scuola-lavoro: ☐ NO ☐ SI

☐ Ha svolto o sta svolgendo un inserimento lavorativo socio-terapeutico ☐ NO ☐ SI

☐ Occupato professione _____ categoria protetta ☐ NO ☐ SI

☐ Disoccupato da quanto tempo _____ precedente occupazione _____

☐ Ritirato da lavoro a causa della malattia: da quanto tempo _____ precedente occupazione _____

☐ Pensionato, precedente occupazione _____

☐ Altro _____

SEZIONE 2**CONTESTO ABITATIVO**

CON CHI VIVE ☐ solo ☐ con familiari ☐ con altre persone ☐ in struttura

TIPOLOGIA ABITATIVA

☐ Proprio domicilio: ☐ di proprietà ☐ in affitto ☐ usufrutto ☐ comodato gratuito

☐ Ospite presso terzi¹ _____

☐ Ospite presso struttura¹ _____

☐ Senza fissa dimora

☐ Altro _____

L'ATTUALE CONDIZIONE ABITATIVA RISULTA ADEGUATA ALLA PERSONA? ☐ SI ☐ NO

Se NO, per quale motivo (*possibili anche più risposte*)?

☐ Lontananza da servizi, negozi, trasporti, rete sociale

☐ Presenza di barriere architettoniche interne e/o esterne (Esempio. Scale)

☐ Rischio di perdere l'alloggio (es. sfratto)

☐ Problematiche igieniche e/o strutturali (es. umidità, scarsa illuminazione)

☐ Mancanza di beni e servizi (es. riscaldamento, telefono, tv, elettrodomestici, internet)

☐ Spazio insufficiente rispetto al n° di persone conviventi

☐ Altro _____

¹Indicare dove, da quando e per quanto tempo

VALUTAZIONE SOCIALE (SVANTAGGIO SOCIALE con riferimento ad età e ruolo sociale):

- limitazione dell'autonomia: ☐ nessuna ☐ lieve-media ☐ grave/completa
- restrizione della partecipazione sociale: ☐ nessuna ☐ lieve-media ☐ grave/completa
- problematiche relative a fattori ambientali/personali: ☐ nessuna ☐ lieve-media ☐ grave/completa

Per quanto sopra rilevato
considerato quanto espresso dalla legge 104/92 all'art. 3, ai commi 1 e 3⁴
si esprime la seguente proposta:
☐ **NON HANDICAP** ☐ **HANDICAP** ☐ **HANDICAP IN GRAVITÀ**
Previsione revisione ☐ **NO** ☐ **SI**

Data ____/____/____

Firma _____

³Es.: da chi è accompagnato l'interessato, se è in grado di esporre la situazione e presentare la documentazione, modalità di interazione, ulteriori informazioni relative alla rete familiare e sociale (anche se è in carico a servizi socio-sanitari e prestazioni), abitazione, prodotti e tecnologie, fattori personali aspetti relativi a stile di vita e storia personale, vissuto e percezione individuale, consapevolezza, modalità di fronteggiamento, motivazione e desideri/esigenze, partecipazione al progetto di assistenza. Evidenziare se presenti barriera linguistica e necessità di mediazione linguistica/culturale, atteggiamenti esterni: riduzione o compromissione dell'immagine sociale correlata al tipo di malattia ES. Hiv, salute mentale e/o disfunzioni correlate es. protesi, parrucca.

⁴Art. 3 comma 1 legge 104/92 "E' persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione".

Art. 3 comma 3 legge 104/92 "Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità"

AUTONOMIE DELLA VITA QUOTIDIANA (compilare con una X le caselle corrispondenti)

ATTIVITÀ CON RIFERIMENTO ALL'ETÀ	NESSUNA DIFFICOLTÀ	PARZIALE NECESSITÀ DI AIUTO	TOTALMENTE DIPENDENTE
igiene personale (viso, mani)			
igiene completa (bagno/doccia)			
vestirsi			
utilizzo del wc			
alimentazione			
preparazione pasti			
gestione farmaci/terapie			
fare acquisti/spesa			
pulizia e gestione della casa			
mobilità domestica			
mobilità all'esterno			
utilizzo mezzi di trasporto			
gestione del denaro			
utilizzo telefono/telesoccorso			
relazioni interpersonali			

AUSILI, PROTESI O ALTRI SUPPORTI (Esempi: pannolone, traverse, catetere, stomia, peg, letto, materasso, poltrone, sollevatore, bastone, carrozzina ecc.)

Sono presenti ausili, protesi, apparecchiature elettromedicali o altri supporti anche tecnologici per l'assistenza, la mobilità, la comunicazione, la sicurezza, la gestione dell'ambiente domestico, il lavoro/lo studio? ☐ NO ☐ SI

Se SI, specificare tipologia e se si riscontrano problemi: _____

PRESTAZIONI SANITARIE

Sono attive prestazioni sanitarie? ☐ NO ☐ SI

Se SI, specificare (possibili anche più risposte):

TIPO: ☐ riabilitazione ☐ dialisi ☐ trasfusioni ☐ chemioterapia ☐ radioterapia

☐ cure palliative ☐ assistenza infermieristica ☐ logopedia ☐ psicomotricità

☐ altro _____

DOVE: ☐ ospedale ☐ day hospital ☐ struttura ☐ ambulatorio ☐ domicilio

FREQUENZA: ☐ giornaliera ☐ plurisettimanale ☐ settimanale ☐ mensile

☐ altro _____

DURATA: da _____ a _____

PRESTAZIONI SOCIALI

La persona è seguita da un assistente sociale? ☐ NO ☐ SI

Se SI, specificare (possibili anche più risposte):

☐ assistenza domiciliare ☐ educativa domiciliare ☐ pasti a domicilio ☐ telesoccorso

☐ contributo economico ☐ centro diurno ☐ RSA ☐ comunità terapeutica ☐ struttura riabilitativa

☐ altro _____

RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE

CONTESTO FAMILIARE

GRADO DI PARENTELA	ETÀ	CONVIVENTE	OCCUPAZIONE	FORNISCE ASSISTENZA
Coniuge		☐ SI ☐ NO		☐ SI ☐ PARZIALE ☐ NO
Compagna/o		☐ SI ☐ NO		☐ SI ☐ PARZIALE ☐ NO
Padre		☐ SI ☐ NO		☐ SI ☐ PARZIALE ☐ NO
Madre		☐ SI ☐ NO		☐ SI ☐ PARZIALE ☐ NO
Figlia/o		☐ SI ☐ NO		☐ SI ☐ PARZIALE ☐ NO
Figlia/o		☐ SI ☐ NO		☐ SI ☐ PARZIALE ☐ NO
Figlia/o		☐ SI ☐ NO		☐ SI ☐ PARZIALE ☐ NO
Fratello/sorella		☐ SI ☐ NO		☐ SI ☐ PARZIALE ☐ NO
Fratello/sorella		☐ SI ☐ NO		☐ SI ☐ PARZIALE ☐ NO
Altro		☐ SI ☐ NO		☐ SI ☐ PARZIALE ☐ NO

Sono presenti difficoltà per la gestione dell'assistenza (Es età avanzata, elevata distanza grave problematica socio-sanitaria, più familiari da assistere, impegni familiari e lavorativi _____

Nel contesto familiare ci sono persone con problemi sociali e/o sanitari _____

ALTRE FIGURE PRESENTI PER L'ASSISTENZA (possibili più risposte):

☐ vicini/amici ☐ volontari ☐ personale privato (colf, badante) ☐ servizi socio-sanitari ☐ nessun supporto

Se SI, per quali attività e con quale frequenza? _____

PARTECIPAZIONE SOCIALE

AREE DI VITA PRINCIPALI

Sono emersi problemi in ambito scolastico/lavorativo connessi allo stato di salute attuale? ☐ NO ☐ SI

Se SI, quali? _____

VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITÀ

Quali sono i principali interessi/attività del tempo libero (possibili più risposte):

☐ tv ☐ giornali/libri ☐ circoli/bar ☐ lavori domestici ☐ piccole occupazioni ☐ attività sportive

☐ attività culturali/ricreative ☐ volontariato ☐ altro _____

L'attuale condizione di salute ha influito/influisce nei rapporti con l'esterno? ☐ NO ☐ SI

Se SI, indicare in quali ambiti (possibili più risposte e specificare):

☐ Relazioni con familiari, coetanei, conoscenti, colleghi _____

☐ Frequenza attività sportive _____

☐ Frequenza attività ricreative/culturali _____

☐ Altro _____

MOTIVO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA (possibili più risposte):

☐ accesso prestazioni socio-sanitarie ☐ agevolazioni fiscali ☐ congedi lavorativi ☐ sostegno scolastico

☐ non so ☐ altro _____

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo: <https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda> o scansionando il QR code a margine.



DATA _____ FIRMA² _____

²Firma della persona interessata o, se impedita, dell'amministratore di sostegno, del tutore o del familiare (in quest'ultimo caso, si rende necessario allegare il documento d'identità sottoscritto dall'interessato).