

Ha i seguenti Servizi in atto:

- Voucher Sociale SAD Comunale ADI- Est. VSS Colf privata
 Badante Telesoccorso CDI Ricovero di Sollievo Altro

ASPETTI SOCIO AMBIENTALI E ABITATIVI

L'abitazione è ubicata:

- 0 In paese
1 In frazione
2 Isolata rispetto al paese od a altre abitazioni

L'abitazione necessita di interventi strutturali di manutenzione/ristrutturazione o adeguamento:

- 0 E' adeguata
3 Necessità di interventi
4 Fatiscente non ristrutturabile

L'igiene e la pulizia domestica si presentano:

- 0 Adeguate e regolari
2 Carenti con necessità di maggiore regolarità nella pulizia ordinaria quotidiana
3 Assenti con necessità di interventi mirati di pulizia ordinaria e straordinaria

L'abitazione è riscaldata tramite:

- 0 Riscaldamento centralizzato
2 Stufa a caricamento del combustibile
3 Riscaldamento assente/non funzionante

L'abitazione è dotata di servizi igienici:

- 0 Interni ed adeguati
2 Poco funzionanti e/o usurati
3 Esterni e/o inagibili

L'abitazione presenta:

- 0 Appartamento disposto su un solo piano senza rilevanti scale di accesso
2 Scale di accesso interne o esterne
3 Scale sconnesse con gradini alti o dissestati esterne od interne

1° _____ Punteggio Parziale

ASPETTI DI AUTONOMIA E BISOGNI ASSISTENZIALI

Il reddito del richiedente in rapporto alla retta del servizio richiesto e spese connesse:

- 0 E' sufficiente in totale autonomia economica
2 Necessita di integrazione regolare da parte dei parenti
3 Necessita di contributo economico da parte di Ente pubblico

Il richiedente si alimenta in modo:

- 0 Corretto ed adeguato
- 2 Abbisogna di essere controllato e/o stimolato nell'alimentazione
- 4 Non si alimenta e/o non in modo corretto ed adeguato

Il richiedente nella gestione ed atti della vita quotidiana necessita:

- 0 Di assistenza ed indirizzo per alcune funzioni/in alcuni momenti della giornata
- 2 Di assistenza diurna o notturna
- 4 Di assistenza diurna e notturna

2° _____ Punteggio Parziale

ASPETTI RELAZIONALI E FAMILIARI

Il richiedente ha difficoltà di relazione e/o conflitti con famigliari e/o parenti che generano disagio e influiscono sulla quantità e/o qualità dell'assistenza e cura:

- 0 Vive relazioni che consentono di prestare l'assistenza necessaria
- 2 Sono presenti difficoltà di relazione e/o conflitti con familiari non conviventi
- 3 Sono presenti difficoltà di relazione e/o conflitti con i famigliari conviventi

*Il richiedente usufruisce nell'assistenza di un supporto familiare (**Quantità della cura**)*

- 0 Sufficiente a coprire tutti i suoi bisogni e tempi di cura necessari
- 3 Sufficiente a coprire solo le esigenze principali e/o urgenti
- 4 Assente o insufficiente a coprire le esigenze primarie

*I familiari/caregiver svolgono le mansioni di cura in modo (**Qualità della cura**)*

- 0 Competente ed efficace
- 2 Insufficiente in abilità ed in efficacia della risposta
- 4 Trascurato e superficiale

3° _____ Punteggio Parziale

(Somma 1°, 2°, 3° punteggio parziale)

TOTALE PUNTEGGIO SOCIALE _____

I familiari/caregiver sono in grado di continuare a prestare le cure necessarie

- Sì
- Per un periodo di tempo limitato (quantificare _____)
- No (motivo _____)

Il richiedente convive con famigliari con dichiarazione di invalidità civile super. al 70%

- 0 No – nessuna presenza di famigliari conviventi dichiarati invalidi
- 2 Sì - presenza di conviventi con dichiarazione superiore al 70%
- 3 Sì - il richiedente ha compiti di cura ed assistenza del convivente invalido

Il nucleo familiare è o è stato seguito dal Servizio Sociale di Base o Servizi Sociali Specialistici per problematiche sociali inerenti dipendenze, emarginazione, disadattamento sociale, gravi problematiche economiche e di disfunzionalità familiare:

- 0 No
2 Presenti uno o più familiari conosciuti dal servizio sociale di base/specialistica
3 Il richiedente è conosciuto dai servizi sociali e/o portatore delle problematiche esposte

AUTONOMIA NELLE ATTIVITÀ STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA (IADL)

Capacità di :

usare il telefono	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con aiuto/sostegno/stimolo
fare acquisti	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con aiuto di _____
preparare cibo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con aiuto di _____
governare la casa	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con aiuto di _____
lavare e stirare biancheria	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con aiuto di _____
utilizzare i mezzi di trasporto	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con aiuto di _____
somministrarsi i medicinali	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con aiuto di _____
maneggiare denaro	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con aiuto di _____

Necessità di Assistenza notturna:

- E' sufficiente un campanello in caso di emergenza
 Il caregiver dorme vicino si alza alla chiamata o al bisogno
 Il caregiver deve essere vigile tutta la notte

MOTIVAZIONI SOTTOSTANTI LA RICHIESTA DEL SERVIZIO

Tipologia di Domanda RSA CDI
 1° Domanda Già in lista per RSA Già in lista per CDI Altro _____
 Domanda d'urgenza

Richiesta di ricovero in RSA in posto:

o Accreditato o Di Sollievo o Ricovero d'emergenza

Richiesta di inserimento in CDI:

Le condizioni sanitarie e di mobilitazione consentono all' interessato di sottoporsi quotidianamente al trasporto: o SI o NO

L'interessato la sera rientra nella:

o Propria abitazione o Abitazione del parente/caregiver o Altro _____

Al rientro abbisogna di assistenza :

o Mattutina o Serale o Notturna o Non ne abbisogna

L'interessato da chi è assistito a domicilio:

o Familiare/caregiver

o SAD comunale

o Badante

o Volontari

MOTIVAZIONI E CONDIZIONI CHE HANNO INDOTTO LA RICHIESTA DI RSA O CDI

Quale è la motivazione principale che ha indotto la presentazione della domanda:

Perdita autonomia fisica/psichica

Famiglia non è in grado di provvedere

Vive Solo

Alloggio inadeguato

Perdita del familiare/caregiver

Altro

L'iniziativa di presentare richiesta è stata presa dal:

Interessato o richiedente

Familiare o affine

Assistente Sociale

Medico

Qualora l'iniziativa provenga da terzi, l'interessato:

Ha manifestato parere positivo

Ha manifestato disaccordo sulla soluzione

Non è in grado di esprimere un parere

Al momento della presentazione della richiesta l'interessato si trova:

Al proprio domicilio

Al domicilio del parente /Caregiver

In struttura:

Psichiatrica

Sanitaria Ospedaliera accreditata

Sanitaria Ospedaliera
non accreditata

In dimissione da:

Istituto di riabilitazione

Altra tipologia di Servizio (CDI)

Altra struttura _____

Altro _____

PROBLEMI E BISOGNI ESPRESSI:

PROPOSTA DI INTERVENTO:

Assistente Sociale

(se la persona è seguita
dall'assistente sociale
oppure firma del parente)

Data _____
