

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE SOCIALE DELLA PERSONA CHE RICHIEDE IL RICOVERO IN STRUTTURA RESIDENZIALE PER ANZIANI

LA COMPILAZIONE DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE PUÒ ESSERE EFFETTUATA DALLA PERSONA INTERESSATA, DA SOGGETTI VICINI ALLA STESSA, OPPURE DA OPERATORI DEI SERVIZI.

DATI ANAGRAFICI

COGNOME _____ NOME _____ M F

NAT ____ A _____ (____) IL ____/____/____

RESIDENTE A _____ (____) VIA _____ TEL _____

1. Dove vive normalmente? (escluse le soluzioni temporanee e provvisorie inferiori a due mesi) *Barrare una sola risposta*

- In casa
- In appartamento protetto
- In istituto/struttura residenziale
- In sistemazione precaria (es. albergo)
- Senza dimora

SEZIONE RISERVATA A CHI VIVE IN CASA

2. Se alla domanda precedente ha risposto "in casa", con chi vive? (escluse le persone conviventi a pagamento, ad esempio la badante) *Barrare una sola risposta*

- Vive solo
- Vive in coppia (coniuge o convivente)
- Vive in famiglia (coniuge e figli, figli, fratelli, sorelle, ...)
- Vive con persone non familiari¹

¹ persone conviventi **non** a pagamento

3. Può contare sull'aiuto di familiari e/o conoscenti? (esclusi servizi/persona a pagamento)

Barrare una sola risposta

- No
- Sì

SOSTEGNO SOCIALE

(rispondere a questa sezione solo se alla domanda precedente si è risposto di sì; se no passare direttamente alla domanda 4)

3.1. Tra i familiari e/o conoscenti su cui può contare, dove abita la persona che l'aiuta in modo più consistente? *Barrare una sola risposta*

- Convivente
- Nello stesso edificio
- Entro 15 minuti
- Entro 30 minuti
- Entro un'ora
- Oltre un'ora

3.2. Nel complesso quanti giorni alla settimana familiari e/o conoscenti dedicano all'assistenza? *Barrare una sola risposta*

- 1 - 2
- 3 - 4
- 5 - 6
- 7

3.3. A che tipo di assistenza provvedono familiari e conoscenti e come?

- assistenza tutelare (igiene della persona, vestire, mangiare (imboccare), muovere spostare)
- assistenza familiare (pulizia della casa, preparazione dei pasti, igiene di indumenti e biancheria, lavanderia)
- supervisione

4. Vivono con lei/ lui persone con problemi socio-sanitari?

E' possibile barrare più di una risposta

- No
- Sì, problemi di non autosufficienza
- Sì, problemi di natura comportamentale (conflittualità, alcolismo, dipendenza, salute mentale, ...)

INTERVENTI E SERVIZI

5. Attualmente è assistito a domicilio da una badante e/o con altre forme di assistenza domiciliare? (privata, del comune, di cooperativa, assegno servizi, collaboratrice domestica...) *Barrare una sola risposta*

- No
- Sì,
 - per ore al giorno (indicare numero medio di ore)
 - per giorni alla settimana

5.a Nel complesso l'assistenza ricevuta è adeguata? (esclusi interventi di servizi pubblici o convenzionati)

ASSISTENZA TUTELARE

- | | | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|
| igiene della persona | <input type="checkbox"/> Aiuto sufficiente | <input type="checkbox"/> Aiuto parz. suff. | <input type="checkbox"/> Aiuto insuff. |
| bagno | <input type="checkbox"/> Aiuto sufficiente | <input type="checkbox"/> Aiuto parz. suff. | <input type="checkbox"/> Aiuto insuff. |
| vestire | <input type="checkbox"/> Aiuto sufficiente | <input type="checkbox"/> Aiuto parz. suff. | <input type="checkbox"/> Aiuto insuff. |
| mangiare (imboccare) | <input type="checkbox"/> Aiuto sufficiente | <input type="checkbox"/> Aiuto parz. suff. | <input type="checkbox"/> Aiuto insuff. |
| accompagnamento al WC o uso padella o pannolone | <input type="checkbox"/> Aiuto sufficiente | <input type="checkbox"/> Aiuto parz. suff. | <input type="checkbox"/> Aiuto insuff. |
| muovere spostare | <input type="checkbox"/> Aiuto sufficiente | <input type="checkbox"/> Aiuto parz. suff. | <input type="checkbox"/> Aiuto insuff. |
| aiuto alla deambulazione | <input type="checkbox"/> Aiuto sufficiente | <input type="checkbox"/> Aiuto parz. suff. | <input type="checkbox"/> Aiuto insuff. |

ASSISTENZA FAMILIARE

- | | | | |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|
| pulizia della casa | <input type="checkbox"/> Aiuto sufficiente | <input type="checkbox"/> Aiuto parz. suff. | <input type="checkbox"/> Aiuto insuff. |
| preparazione dei pasti | <input type="checkbox"/> Aiuto sufficiente | <input type="checkbox"/> Aiuto parz. suff. | <input type="checkbox"/> Aiuto insuff. |
| igiene di indumenti e biancheria, lavanderia | <input type="checkbox"/> Aiuto sufficiente | <input type="checkbox"/> Aiuto parz. suff. | <input type="checkbox"/> Aiuto insuff. |

- | | | | |
|---------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|
| assunzione medicine | <input type="checkbox"/> Aiuto sufficiente | <input type="checkbox"/> Aiuto parz. suff. | <input type="checkbox"/> Aiuto insuff. |
| acquisti | <input type="checkbox"/> Aiuto sufficiente | <input type="checkbox"/> Aiuto parz. suff. | <input type="checkbox"/> Aiuto insuff. |
| gestione denaro | <input type="checkbox"/> Aiuto sufficiente | <input type="checkbox"/> Aiuto parz. suff. | <input type="checkbox"/> Aiuto insuff. |

SUPERVISIONE

- | | | | |
|----------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|
| diurna | <input type="checkbox"/> Aiuto sufficiente | <input type="checkbox"/> Aiuto parz. suff. | <input type="checkbox"/> Aiuto insuff. |
| notturna | <input type="checkbox"/> Aiuto sufficiente | <input type="checkbox"/> Aiuto parz. suff. | <input type="checkbox"/> Aiuto insuff. |

SOSTEGNO

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|
| PSICOAFFETTIVO | <input type="checkbox"/> Aiuto sufficiente | <input type="checkbox"/> Aiuto parz. suff. | <input type="checkbox"/> Aiuto insuff. |
|-----------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|

(Consiglio o supporto psicologico)

6. Frequenta un centro diurno?

Barrare una sola risposta (compreso l'eventuale servizio di trasporto)

- No
- Sì, perore al giorno (indicare numero medio di ore)
- per giorni alla settimana

CONDIZIONE ABITATIVA**7.1 Rispetto ai servizi pubblici, l'abitazione in cui vive è?**

Barrare una sola risposta

- servita
- poco servita
- isolata

7.2 Descriva le caratteristiche dell'alloggio:

- | | |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Ha i servizi igienici (w.c.) in casa? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| E' riscaldato? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Sono presenti condizioni di insalubrità documentate/accertate | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Ha ricevuto ingiunzione di sfratto /sgombero? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| L'abitazione è ad un piano sopraelevato senza ascensore? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Vi sono barriere architettoniche interne all'alloggio? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Vi sono barriere architettoniche esterne all'alloggio? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

2 Accertate da medico di famiglia, igiene pubblica o altro servizio pubblico