



Allegato B

SCHEDA SOCIALE INFORMATIVA

COMUNE DI _____

EROGAZIONE BUONI SOCIALI A FAVORE DI PERSONE:

- CON DISABILITA' GRAVE**
- ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI**

Buono sociale finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate da:

- Caregiver familiare**
- Assistente personale regolarmente assunto**

Cognome e Nome _____ data di nascita _____

Luogo di nascita _____ Nazionalità _____

secco F M Tel. _____ Cell. _____

Comune di residenza _____ Prov. _____

Via _____ N° _____

Domiciliato a _____ Prov. _____

Via _____ N° _____

Diagnosi _____

Distretto _____

Presenza di: amministratore di sostegno tutore curatore

Caregiver familiare

Cognome e Nome _____ grado di parentela _____

Residente a: _____ Via: _____

Telefono _____ cell _____

Domiciliato/a a: _____ Via _____



Assistente personale regolarmente assunto

Cognome e Nome _____

Data di inizio del rapporto di assistenza già regolarizzato _____

Monte ore settimanali _____

Stato civile: <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> non dichiarato	Titolo di studio: <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Licenza Elementare <input type="checkbox"/> Licenza scuola Media Inferiore <input type="checkbox"/> Diploma di Media Superiore <input type="checkbox"/> Diploma Universitario <input type="checkbox"/> Laurea <input type="checkbox"/> Altro _____	Posizione nella professione: <input type="checkbox"/> Imprenditore <input type="checkbox"/> Dirigente <input type="checkbox"/> Impiegato, insegnante <input type="checkbox"/> Artigiano, coltivatore diretto, commerciante <input type="checkbox"/> Operaio, salariato agricolo <input type="checkbox"/> Lavorante a domicilio <input type="checkbox"/> Coadiuvante azienda conduzione familiare <input type="checkbox"/> Casalinga (che ha svolto lavoro retribuito) <input type="checkbox"/> Casalinga (che non ha svolto lavoro retribuito) <input type="checkbox"/> Pensionato (che ha lavorato) <input type="checkbox"/> Invalido, inabile (anche se pensionato) <input type="checkbox"/> Invalido, inabile (che non ha mai svolto lavoro retribuito) <input type="checkbox"/> Disoccupato (attualmente) <input type="checkbox"/> Scolaro, studente, bambino <input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione <input type="checkbox"/> Altro
--	--	--

SITUAZIONE AMBIENTALE E ABITATIVA (la valutazione va fatta considerando gli standard necessari per garantire la fruibilità degli ambienti di vita in funzione delle capacità funzionali):

Tipologia alloggio: <input type="checkbox"/> casa di proprietà <input type="checkbox"/> alloggio in case popolari <input type="checkbox"/> sentenza esecutiva di sfratto <input type="checkbox"/> pagamento affitto <input type="checkbox"/> pagamento mutuo <input type="checkbox"/> casa autonoma <input type="checkbox"/> domicilio presso familiari <input type="checkbox"/> appartamento <input type="checkbox"/> abitazione semidipendente <input type="checkbox"/> usufrutto/comodato	Fruibilità ambiente di vita: <input type="checkbox"/> abitazione su unico livello <input type="checkbox"/> abitazione su più livelli <input type="checkbox"/> presenza di scale <input type="checkbox"/> presenza di gradini all'interno della abitazione <input type="checkbox"/> presenza di ascensore <input type="checkbox"/> presenza di ascensore con ampiezza porta insufficiente <input type="checkbox"/> ampiezza porte(abitazione) strette <input type="checkbox"/> camera assistito presente <input type="checkbox"/> camera assistito non presente <input type="checkbox"/> sollevatore <input type="checkbox"/> monta scale <input type="checkbox"/> Altro _____	Fruibilità servizi igienici: <input type="checkbox"/> ampiezza sufficiente <input type="checkbox"/> ampiezza insufficiente <input type="checkbox"/> vasca/doccia agibili <input type="checkbox"/> vasca doccia non agibili <input type="checkbox"/> presenza di maniglioni/adattatori <input type="checkbox"/> Altro _____
---	--	---



Micro clima adeguato: <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> discreto <input type="checkbox"/> scarso <input type="checkbox"/> pessimo	Condizioni igieniche adeguate: <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> discrete <input type="checkbox"/> scarse <input type="checkbox"/> pessime	Zona: <input type="checkbox"/> urbana <input type="checkbox"/> sub - urbana <input type="checkbox"/> rurale
--	---	---

SITUAZIONE ASSISTENZIALE:

<input type="checkbox"/> Presenza di caregiver familiare <input type="checkbox"/> Presenza di assistente personale regolarmente assunto	Presenza di altre figure assistenziali: <input type="checkbox"/> infermiere <input type="checkbox"/> fisioterapista <input type="checkbox"/> educatore <input type="checkbox"/> badante <input type="checkbox"/> asa/oss <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> altri familiari non care-giver	Modalità di trasporto esterno: <input type="checkbox"/> mezzo di proprietà <input type="checkbox"/> servizio a proprie spese <input type="checkbox"/> servizio comunale <input type="checkbox"/> associazione di volontariato <input type="checkbox"/> ambulanza <input type="checkbox"/> Altro _____
Interventi di aiuto domestico: <input type="checkbox"/> finalizzati all'igiene della persona <input type="checkbox"/> legati al comfort dell'ambiente <input type="checkbox"/> preparazione pasti <input type="checkbox"/> lavaggio indumenti <input type="checkbox"/> Altro _____	Interventi di assistenza alla persona: <input type="checkbox"/> aiuto espletamento funzioni fisiologiche <input type="checkbox"/> soddisfacimento bisogni primari <input type="checkbox"/> promozione e mantenimento bisogno psico fisico <input type="checkbox"/> aiuto nelle funzioni di deambulazione <input type="checkbox"/> utilizzo corretto dei presidi <input type="checkbox"/> mantenimento delle residue capacità Psicofisiche <input type="checkbox"/> aiuto alla vita di relazione <input type="checkbox"/> Altro _____	Condizioni igieniche personali: <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> discrete <input type="checkbox"/> scarse <input type="checkbox"/> pessime

Livello di copertura assistenziale nella cura alla persona, nell'arco delle 24h:

Assistenza fornita da:	retribuito da:	alzata	mattina	pranzo	pomeriggio	cena	rimessa a letto	notte
Familiare Caregiver								
Assistente personale regolarmente assunto								
Badante	<input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Asl							
Infermiere	<input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Asl							



Fisioterapista	<input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Asl							
Educatore	<input type="checkbox"/> privato <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> asl							
Asa/oss	<input type="checkbox"/> privato <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Asl							
Volontario								

SITUAZIONE FAMILIARE E RELAZIONALE:

<p>Composizione del nucleo familiare convivente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> familiare:<input type="checkbox"/> coniuge<input type="checkbox"/> figli<input type="checkbox"/> fratello/sorella<input type="checkbox"/> Altro _____ <p>(specificare il numero, escluso il paziente) inserire 0 in caso di mancanza di altri componenti n. _____</p>	<p>Composizione rete primaria familiare:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> genitori<input type="checkbox"/> figli<input type="checkbox"/> sorelle/fratelli<input type="checkbox"/> nipoti<input type="checkbox"/> zii<input type="checkbox"/> cugini<input type="checkbox"/> nuora/genero<input type="checkbox"/> Altro _____
<p>Presenza rete secondaria:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> amicale<input type="checkbox"/> di vicinato<input type="checkbox"/> relazionale <p>Note _____</p> <p>_____</p>	<p>Vita relazionale:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> intensa vita di relazione esterna<input type="checkbox"/> limitata vita di relazione esterna<input type="checkbox"/> vita di relazione significativa a domicilio<input type="checkbox"/> vita di relazione con familiari significativa<input type="checkbox"/> criticità nella vita relazionale<input type="checkbox"/> frequentazione di centri o servizi esterni (indicare nelle note la tipologia del servizio) <p>Note _____</p> <p>_____</p>
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Presenza di componenti con invalidità civile al 100% (n° _____)<input type="checkbox"/> Presenza di componenti con invalidità civile al 100% con accompagnamento (n° _____)<input type="checkbox"/> Presenza di componenti con invalidità civile indicante uno stato di salute compromesso (n° _____)<input type="checkbox"/> Presenza di componenti in carico a servizi specialistici territoriali (n° _____)	<p>Note</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



SITUAZIONE ECONOMICA (altre forme integrative per la risposta al bisogno, misure economiche di carattere assistenziali già erogate da Enti pubblici o privati, più condizione socio economica ISEE):

Assistenza Domiciliare Socio educativa (comunale) <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Contributo per servizio trasporti: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Esenzione per patologia: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Indennità di accompagnamento o assegno di frequenza: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Buono sociale (comunale): <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Voucher sociale: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no tipologia prestazione erogata _____
Situazione Pensionistica: <input type="checkbox"/> Nessuna Pensione <input type="checkbox"/> Anzianità/Vecchiaia <input type="checkbox"/> Sociale <input type="checkbox"/> Tipologia speciale (guerra, Infortunio sul lavoro, ecc..) <input type="checkbox"/> Reversibilità <input type="checkbox"/> Invalidità <input type="checkbox"/> 2 o più tipologie di pensione <input type="checkbox"/> Altro	Assegnazione contributi L.R. 23/99: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no tipologia ausilio richiesto	Protesi, presidi e ausili: <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore <input type="checkbox"/> bastone/tripode <input type="checkbox"/> sollevatore <input type="checkbox"/> letto articolato <input type="checkbox"/> materasso antidecubito <input type="checkbox"/> ventilatore terapia/respiratore (invasiva) <input type="checkbox"/> aspiratore <input type="checkbox"/> stimolatore per la tosse(PEGASO) <input type="checkbox"/> ventilatore terapia a pressione positiva (CPAP) <input type="checkbox"/> pannoloni <input type="checkbox"/> catetere <input type="checkbox"/> canule <input type="checkbox"/> sondini per l'ossigeno <input type="checkbox"/> sondini per aspiratore <input type="checkbox"/> alimentazione enterale(sacche) <input type="checkbox"/> collare <input type="checkbox"/> molla codeville <input type="checkbox"/> comunicatore
SAD: (comunale) <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no tipologia prestazione erogata _____	ADI: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no tipologia prestazione erogata _____	Contributo retta pagamento centro: <input type="checkbox"/> contributo asl <input type="checkbox"/> contributo comune <input type="checkbox"/> totale carico della famiglia Note _____



Erogazione contributo SLA: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		ISEE: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Cifra: _____
---	--	---

INDICARE DI SEGUITO DI QUALI INTERVENTI NECESSITA IL PAZIENTE:	
Educazione Terapeutica (addestramento/nursing) <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente	
Assistenza nelle IADL <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente	Assistenza ADL <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente
Prelievi Venosi NON Occasionali <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente	Prelievi Venosi Occasionali <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente
Procedura Terapeutica: (accesso SC/IM/EV) <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente	Gestione Catetere Centrale <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente
ECG <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente	Telemetria <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente
Ulcere Cutanee (vascolari, traumatiche, ustioni, post chirurgiche, ecc.) di 1° e 2° Grado: <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente	Ulcere Cutanee (vascolari, traumatiche, ustioni, post chirurgiche, ecc.) di 3° e 4° Grado: <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente
Ulcere da Decubito 1° e 2° Grado: <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente	Ulcere da Decubito 3° e 4° Grado: <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente
Assistenza Stato di Terminalità NON Oncologica <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente	Assistenza Stato di Terminalità Oncologica <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente
Controllo Dolore <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente	Alterazioni Ritmo Sonno-Veglia: <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> assente
Supervisione Continua di utenti con disabilità <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente	Supporto al Caregiver <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente
Trasfusione <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente	Tracheotomia : <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> assente



Incontinenza Urinaria/Intestinale: <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente	Gestione Stomia: <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente
Alimentazione: <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> parzialmente dipendente <input type="checkbox"/> totalmente dipendente	Alimentazione Assistita per OS: <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente
Alimentazione Parenterale: <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente	Alimentazione Enterale: <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente
Ventiloterapia : <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente	Ossigeno Terapia: <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente
Broncoaspirazione/Drenaggio posturale: <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente	Trattamento riabilitativo Neurologico in presenza di disabilità (inteso come bisogno riabilitativo) <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente
Trattamento riabilitativo Ortopedico in presenza di disabilità (inteso come bisogno riabilitativo) <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente	Trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità (dgr 19883/04 di riordino della riabilitazione) <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente

SITUAZIONE CLINICA DEL RICHIEDENTE (indice di Barthel)

ITEMS	CODICE					PUNTEGGIO			
	A	B	C	D	E				
IGIENE PERSONALE	0	1	3	4	5				
FARE IL BAGNO	0	1	3	4	5				
MANGIARE	0	2	5	8	10				
USARE IL W.C.	0	2	5	8	10				
FARE LE SCALE	0	2	5	8	10				
VESTIRSI	0	2	5	8	10				
CONTROLLO URINE	0	2	5	8	10				
CONTROLLO ALVO	0	2	5	8	10				



CAMMINARE	0	3	8	12	15				
*CARROZZINA	0	1	3	4	5				
TRASFERIMENTI	0	3	8	12	15				
Totale (range 0-100)									

Codice

A= incapace di compiere l'azione

B= tentativi di compiere l'azione ma non affidabili

C = richiede aiuto moderato

D= richiede aiuto minimo

E= completamente indipendente

***da compilare solo se incapace di camminare**

Punteggi Barthel:

0-20 = totalmente dipendente

21-60 = dipendenza severa

61-90= dipendenza moderata

91-99 =dipendenza minima

100= autosufficienza