



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

**Care-giver 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 \_\_\_\_\_

<b>Stato civile:</b> <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	<b>Titolo di studio:</b> <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 _____	<b>Posizione nella professione:</b> <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):**

<b>Tipologia alloggio:</b> <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	<b>Fruibilità ambiente di vita:</b> <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 _____	<b>Fruibilità servizi igienici:</b> <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 _____
---	--	---



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

### SITUAZIONE ASSISTENZIALE:

<input type="checkbox"/> Presenza di care giver familiare  <input type="checkbox"/> Presenza di assistente personale regolarmente assunto	<b>Presenza di altre figure assistenziali:</b> <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	<b>Modalità di trasporto esterno:</b> <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 _____
<b>Interventi di aiuto domestico:</b> <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 _____	<b>Interventi di assistenza alla persona:</b> <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 _____	<b>Condizioni igieniche personali:</b> <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
<b>Familiare Care-giver</b>								
<b>Assistente personale regolarmente assunto</b>								
<b>Badante</b>	<input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Asl							
<b>Infermiere</b>	<input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Asl							



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

### SITUAZIONE FAMILIARE E RELAZIONALE:

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

<b>Assistenza Domiciliare Socio educativa (comunale)</b> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<b>Contributo per servizio trasporti:</b> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<b>Esenzione per patologia:</b> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<b>Indennità di accompagnamento o assegno di frequenza:</b> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<b>Buono sociale (comunale):</b> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<b>Voucher sociale:</b> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no tipologia prestazione erogata _____
<b>Situazione Pensionistica:</b> <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	<b>Assegnazione contributi L.R. 23/99:</b> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no  tipologia ausilio richiesto	<b>Protesi, presidi e ausili:</b> <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
<b>SAD: (comunale)</b> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no  tipologia prestazione erogata _____	<b>ADI:</b> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no  tipologia prestazione erogata _____	<b>Contributo retta pagamento centro:</b> <input type="checkbox"/> contributo asl <input type="checkbox"/> contributo comune <input type="checkbox"/> totale carico della famiglia  Note _____



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

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



<b>Incontinenza Urinaria/Intestinale:</b> <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente	<b>Gestione Stomia:</b> <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente
<b>Alimentazione:</b> <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> parzialmente dipendente <input type="checkbox"/> totalmente dipendente	<b>Alimentazione Assistita per OS:</b> <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente
<b>Alimentazione Parenterale:</b> <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente	<b>Alimentazione Enterale:</b> <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente
<b>Ventiloterapia :</b> <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente	<b>Ossigeno Terapia:</b> <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente
<b>Broncoaspirazione/Drenaggio posturale:</b> <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente	<b>Trattamento riabilitativo Neurologico in presenza di disabilità (inteso come bisogno riabilitativo)</b> <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente
<b>Trattamento riabilitativo Ortopedico in presenza di disabilità (inteso come bisogno riabilitativo)</b> <input type="checkbox"/> bisogno presente <input type="checkbox"/> bisogno assente	<b>Trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità (dgr 19883/04 di riordino della riabilitazione)</b> <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				
<b>IGIENE PERSONALE</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>				
<b>FARE IL BAGNO</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>				
<b>MANGIARE</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>10</b>				
<b>USARE IL W.C.</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>10</b>				
<b>FARE LE SCALE</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>10</b>				
<b>VESTIRSI</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>10</b>				
<b>CONTROLLO URINE</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>10</b>				
<b>CONTROLLO ALVO</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>10</b>				



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

**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**