



## AMBITO SOVRADISTRETTUALE RM 5.1 E RM 5.2 Capofila Comune di Guidonia Montecelio

### HOME CARE ALZHEIMER VII annualità

*Programma integrato sovradistrettuale per i malati di Alzheimer e i malati con deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo quanto riporta la legge sulle demenze*

### SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE

#### FASE PRELIMINARE

Chi ha fatto la domanda: \_\_\_\_\_

Data presentazione domanda: \_\_\_\_\_ Prot. n. \_\_\_\_\_

Come è venuto a conoscenza del servizio: \_\_\_\_\_

#### Dati del Beneficiario

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

nato/a a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

residente a: \_\_\_\_\_

in Via/P.zza: \_\_\_\_\_ n.: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Tel. Fisso: \_\_\_\_\_ Tel. Mobile \_\_\_\_\_

Indirizzo Posta Elettronica: \_\_\_\_\_

Scolarità: \_\_\_\_\_ Ultima professione: \_\_\_\_\_

Pensione: ☐ nessuna ☐ vecchiaia/anzianità ☐ Invalidità ☐ Privilegiata ☐ Altro \_\_\_\_\_

L. n. 104/92: ☐ no ☐ art. 3, comma 1 ☐ art. 3, comma 3

Percentuale invalidità civile: \_\_\_\_\_

Indennità di accompagnamento: ☐ si ☐ no

Medico di base: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

## INFORMAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI

## Nucleo Familiare:

|   | Cognome Nome | Parentela <sup>1</sup> | Età | Professione | Indirizzo e Telefono | Lontananza <sup>2</sup> |
|---|--------------|------------------------|-----|-------------|----------------------|-------------------------|
| 1 |              |                        |     |             |                      |                         |
| 2 |              |                        |     |             |                      |                         |
| 3 |              |                        |     |             |                      |                         |
| 4 |              |                        |     |             |                      |                         |
| 5 |              |                        |     |             |                      |                         |
| 6 |              |                        |     |             |                      |                         |

<sup>1</sup> **Valori da inserire:** C = coniuge, FI = figlio/a, FR = fratello/sorella, G = genitore, NO = nonno/a, ND = nipote diretto, NI = nipote indiretto, NU = genero/nuora, AL = altro familiare, VI = amici/vicini, C = convivente.

<sup>2</sup> **Valori da inserire:** V = immediate vicinanze, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora.

Recapiti dei parenti non conviventi o vicini disponibili anche parzialmente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Barriere Architettoniche:**

☐ 1 assenti ☐ 2 solo esterne ☐ 3 interne ☐ 4 interne ed esterne

Piano n. \_\_\_\_\_ Ascensore fruibile dalla persona con disabilità ☐ sì ☐ no

Presenza di Assistente Familiare: ☐ sì ☐ no (Se sì, compilare il riquadro seguente)

**Assistente Familiare:**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Assunto in data \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Qualifica professionale \_\_\_\_\_

Brevi note sulla storia personale dell'utente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

| <b>ALTRI SERVIZI</b>                                                                                               |                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Usufruisce di altri Servizi socio-assistenziali e/o socio-sanitari?                                                | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì, quali? |
| <input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Integrata (n. ore settimanali: _____)                              |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Alzheimer (n. ore settimanali: _____)                              |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> C.A.D. (n. ore settimanali: _____)                                                        |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> HOME CARE PREMIUM (n. ore settimanali: _____ oppure importo mensile € _____)              |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Contributo per disabilità gravissima (importo mensile € _____)                            |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Contributo ai sensi della ex L. 162/98 (n. ore settimanali: _____ oppure importo € _____) |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Assistenza protesica (ausili prestati: _____)                                             |                                                                       |
| Indicatore ISEE in corso di validità: € _____                                                                      |                                                                       |

Data visita domiciliare: \_\_\_\_\_

Osservazioni visita domiciliare: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## OBIETTIVI DELL'INTERVENTO

Obiettivi generali dell'intervento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Modalità dell'intervento:                                                                            |
| _____                                                                                                |
| _____                                                                                                |
| _____                                                                                                |
| _____                                                                                                |
| _____                                                                                                |
| N. ore settimanali di intervento considerate necessarie per l'assistenza del beneficiario: _____     |
| Tipologia delle prestazioni:                                                                         |
| - Igiene personale <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO                           |
| - Igiene dell'ambiente <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO                       |
| - Lavanderia <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO                                 |
| - Preparazione pasti <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO                         |
| - Aiuto ad alimentarsi <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO                       |
| - Controllo assunzione farmaci <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO               |
| - Piccole medicazioni su prescrizione medica <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO |
| - Uscite <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO                                     |
| - Compagnia <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO                                  |
| - Disbrigo pratiche <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO                          |
| - Commissioni varie <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO                          |
| - Accompagno presso strutture <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO                |
| Altro: _____                                                                                         |
| _____                                                                                                |

**Data compilazione scheda:**

**Nome e Cognome dell'Assistente Sociale Compilatore:**

**Recapito telefonico dell'Assistente Sociale Compilatore:**

**Firma dell'Assistente Sociale Compilatore**

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |           |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------|
| <b>2)</b>     | <b><u>Situazione sociale</u></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    | <b>60</b> |
| 2.1           | <u>Composizione del nucleo familiare</u><br>Vive solo: 10;<br>nucleo di due persone: 8;<br>nucleo di tre persone: 6;<br>nucleo di quattro persone: 4;<br>nucleo di cinque persone: 2;<br>nucleo di sei persone e oltre: 0.                                                                                                                                                                        | 10 |           |
| 2.2           | <u>Situazione familiare</u><br>Presenza nello stesso nucleo di altre persone disabili, anziani o minori contemporaneamente: 10;<br>presenza altre persone disabili: 6;<br>coniugi o parenti anziani o minori conviventi: 4;<br>assenza di persone disabili, anziani e minori: 0.                                                                                                                  | 10 |           |
| 2.3           | <u>Attività o prestazioni socio-riabilitative e sanitarie godute dal beneficiario</u><br>Non usufruisce di nessun servizio: 10;<br>usufruisce di altri servizi socio-assistenziali territoriali o di altri servizi socio-sanitari/riabilitativi territoriali: 5;<br>usufruisce di altri servizi socio-assistenziali territoriali e di altri servizi socio-sanitari/riabilitativi territoriali: 0. | 10 |           |
| 2.4           | <u>Condizioni socio-ambientali</u><br>Nucleo che vive in luogo isolato: 10;<br>nucleo che vive nel centro urbano in assenza di servizi socio-sanitari: 7;<br>nucleo che vive nel centro urbano in presenza di servizi socio-sanitari: 4;<br>nucleo che vive vicino (-500 m) a servizi e strutture socio assistenziali: 0.                                                                         | 10 |           |
| 2.5           | <u>Condizione economica (ISEE)</u><br>Da € 0 a € 7.500,00: 20;<br>da € 7.500,01 a € 10.000,00: 15;<br>da € 10.000,01 a € 15.000,00: 10;<br>da € 15.000,01 a 20.000,00: 5;<br>oltre 20.000,00: 0.                                                                                                                                                                                                  | 20 |           |
| <b>Totale</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    | <b>60</b> |

Data compilazione scheda: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome dell'Assistente Sociale Compilatore: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico dell'Assistente Sociale Compilatore: \_\_\_\_\_

Firma dell'Assistente Sociale Compilatore: \_\_\_\_\_