### *\* Da compilarsi a cura dei parenti del richiedente, inserendo i dati dell’ospite.*

## COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)**

**Residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_)**

**Sesso M   F Codice fascicolo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Stato civile:**

🞏 celibe 🞏 coniugato 🞏 separato 🞏 divorziato 🞏 vedovo

**Composizione del Nucleo familiare**:

🞏 solo 🞏 con coniuge 🞏 coniuge/figli 🞏 con figli 🞏 con genitori 🞏 Altro

N. Figli viventi: Maschi \_\_\_ Femmine \_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nominativo | Residenza |  Telefono/cellulare  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Persona Referente /Responsabile Amministrativo e referente per atti Sanitari :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipo di relazione | Nominativo | Residenza – recapito telefonico | **Convivente con il richiedente** |
|  |  |  |  |

**Tutore/amm.re di sostegno :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nominativo | Residenza | Telefono/cellulare |
|  |  |  |

**Altre Persone Significative che prestano assistenza:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipo di relazione | Nominativo | Residenza – recapito telefonico | **Convivente con il richiedente** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Disponibilità a accompagnamento/assistenza/trasporti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Il Richiedente è titolare di:**

**Pensione:** **🞏** SI **🞏** NO

##### Invalidità Civile: 🞏 SI \_\_\_\_ % 🞏 NO 🞏 in corso di accertamento

**Indennità di Accompagnamento:** **🞏** SI **🞏** NO

##### Legge 104/92 Gravità Handicap: 🞏 SI 🞏 NO

**Grado istruzione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Religione** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** praticante: ( ) SI ( ) NO

**E’ seguito dal Servizio Sociale di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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 necessità di interventi strutturali di manutenzione/ristrutturazione o adeguamento:

**0 🞏** E**’** adeguata

**3 🞏**  Necessità di interventi

**4 🞏** Fatiscentenon 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 connecessità 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 funzionali 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 acceso interne o esterne

**3 🞏** Scale sconnesse con gradini alti o dissestati esterne o 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 🞏 Necessità 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 indirizzoper 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 FAMIGLIARI**

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 acoprire 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

**🞏** Si

**🞏** 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 🞏** Si - presenza di conviventi con dichiarazione superiore al 70%

**3 🞏** Si - 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 famigliare:

## 0 🞏 No

**2 🞏** Presenti uno o più familiari conosciuti dal Servizio Sociale di base/specialista

## 3 🞏 Il richiedente è conosciuto dai Servizi Sociali e/o portatore delle problematiche esposte

####

**VITA RELAZIONALE PRIMA DELL’ INGRESSO IN STRUTTURA**

Uscite

( ) ogni giorno ( ) ogni settimana ( ) saltuariamente ( ) mai

Frequentava luoghi pubblici: ( ) SI ( ) NO

Quali: ( ) parrocchia ( ) circolo anziani ( ) bar ( ) altro

Rapporti con i parenti

( ) quotidiani ( ) settimanali ( ) saltuari ( ) nulli

Rapporti con amici

( ) quotidiani ( ) settimanali ( ) saltuari ( ) nulli

Quali erano i suoi interessi e prospettive personali?

Lettura ( ) SI ( ) NO Viaggi ( ) SI ( ) NO

Tv ( ) SI ( ) NO Altro (giardinaggio, cucito, ricamo, lavori manuali)

Come è stata la vita relazionale con i familiari? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dove e come passa il suo tempo in casa: ( ) cucina ( ) sala ( ) camera

Abitudini \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A che ora si alzava al mattino \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A che ora si coricava \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Riposo pomeridiano ( ) SI ( ) NO

Orario dei pasti: colazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pranzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cena \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quali sono le aspettative dell’ ospite \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quali sono le aspettative dei familiari \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTONOMIA NELLE ATTIVITÀ STRUMENTALIDELLA VITA QUOTIDIANA ( IADL )**

Capacità di :

* usare il telefono 🞏 Si 🞏 No 🞏 Con aiuto/sostegno/stimolo
* fare acquisti 🞏 Si 🞏 No 🞏 Con aiuto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* preparare cibo 🞏 Si 🞏 No 🞏 Con aiuto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* governare la casa 🞏 Si 🞏 No 🞏 Con aiuto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* lavare e stirare biancheria 🞏 Si 🞏 No 🞏 Con aiuto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* utilizzare i mezzi di trasporto 🞏 Si 🞏 No 🞏 Con aiuto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* somministrarsi i medicinali 🞏 Si 🞏 No 🞏 Con aiuto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* maneggiare denaro 🞏 Si 🞏 No 🞏 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

🞏 1° Domanda 🞏 Già in lista per RSA 🞏 Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 Domanda d’urgenza

Richiesta di ricovero in RSA in posto:

🞏 Accreditato 🞏 Di Sollievo 🞏 Ricovero d’emergenza

L’interessato da chi è assistito a domicilio:

🞏 Famigliare/caregiver 🞏 SAD comunale 🞏 Badante 🞏 Volontari

## Motivazioni e condizioni che hanno indotto la richiesta di RSA

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 inidoneo 🞏 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 struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 PERSONA DI RIFERIMENTO

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_