

ALLEGATO C alle Linee Guida del Servizio di Assistenza Domiciliare di cui alla Deliberazione del Comitato dei Sindaci dell'ATS XIX n. 29/2024,

SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE
- SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE -

Nome: _____ **Cognome:** _____ **Comune:** _____

Case Manager: _____

VALUTAZIONE GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Totale ____/40

ALIMENTAZIONE (valutazione della capacità di alimentarsi)	Si alimenta da solo	0
	Richiede assistenza (es. per tagliare la carne) e/o va stimolato	2
	Non è in grado di alimentarsi da solo	4
MOBILITA' DOMESTICA (valutazione della capacità di mobilità domestica nell'alzata e rimessa al letto, nella mobilità all'interno del domicilio durante la giornata, anche con l'ausilio di supporti)	Piena mobilità domestica	0
	Richiede aiuto per alzarsi/rimettersi al letto, deambula con difficoltà per casa	2
	Non si alza dal letto da solo e non deambula in autonomia	4
IGIENE PERSONALE (Valutazione della capacità di avere cura della propria igiene personale/di fare il bagno/la doccia)	È autosufficiente	0
	È parzialmente autosufficiente, necessità di assistenza per la pulizia di parti del corpo o di accesso alla vasca	2
	Necessità di assistenza completa.	4
TOILETTE (valutazione della capacità di andare autonomamente in bagno, di pulirsi e rivestirsi. Valutazione della continenza)	Autonomo	0
	Ha bisogno di assistenza per recarsi in bagno, fenomeni di incontinenza e necessità di supervisione	2
	Non si reca in bagno (eventualmente allettato)	4
VESTIZIONE (valutazione della capacità di vestirsi autonomamente)	Autonomo	0
	Necessità di assistenza nella vestizione	2
	Totalmente non autonomo nella vestizione	4
HOUSEKEEPING (valutazione della capacità di governo della casa, delle pulizie domestiche, delle funzioni di lavanderia)	Autonomo	0
	Necessità di aiuto in alcune funzioni di maggior onere fisico	2
	Non è in grado di gestire autonomamente alcuna operazione	4
PREPARAZIONE DEI PASTI (valutazione della capacità di preparare pasti per il proprio consumo)	Organizza, prepara e serve i pasti in modo adeguato e senza aiuto	0
	Scalda e consuma i pasti preparati	2
	Necessità di cibi preparati e somministrati	4
MOBILITÀ EXTRA DOMICILIARE (valutazione di capacità e autonomia nella mobilità extra domiciliare quotidiana come spesa e attività socializzanti)	Esce da solo e si sposta autonomamente con mezzi pubblici o propri	0
	Deve essere accompagnato	2
	Non è in grado di uscire dal proprio domicilio	4
GESTIONE DEL DENARO (valutazione di capacità e autonomia nel disporre del proprio denaro e patrimonio, oltre le spese di prima necessità quotidiana)	Utilizza le proprie finanze in modo autonomo	0
	Provvede alle spese quotidiane ma non alla gestione di operazioni maggiori (rapporti con la banca, bollette ecc.)	2
	Non è in grado di gestire le proprie finanze	4
USO DEL TELEFONO E STRUMENTI DI ALERT (valutazione di capacità di uso del telefono e degli strumenti di comunicazione e di alert)	Usa autonomamente il telefono per rispondere e chiamare	0
	Non utilizza il telefono ma è in grado di gestire strumenti di allarme	2
	Non è in grado di gestire supporti telefonici e tecnologici	4

VALUTAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE

Totale ____/30

Capacità di assistenza da parte di familiari conviventi e non conviventi	sufficiente	0
	parzialmente sufficiente con tenuta precaria	5
	insufficiente	10
Presenza di ulteriori persone con disabilità e/o anziani conviventi	si	5
	no	0
Persona/nucleo che già usufruisce di altri servizi e sostegni economici (HCP, disabilità gravissima, ADI...)	si	0
	no	5
Persona/nucleo già conosciuta dai servizi socio-sanitari	scarso rischio socio-ambientale	0
	medio rischio socio-ambientale	5
	alto rischio socio-ambientale	10

Componenti rete assistenziale

Cognome e nome	Rapporto di parentela o tipo di relazione (coniuge, figlio, genero, nuora, fratello, sorella, nipote, assistente familiare...)	Convivente (si/no)	Residenza: specificare comune/provincia o altro Stato

VALUTAZIONE ECONOMICA DI BASE

Totale ____/10

Condizione economica del beneficiario	autonomo e in equilibrio finanziario	0
	riceve aiuto da parenti e/o altre persone	2
	in condizione di bisogno economico e senza aiuto da parte di parenti e/o altre persone	4
Situazione abitativa	proprietà	0
	usufrutto/uso gratuito – affitto edilizia pubblica	2
	affitto privato/mutuo	4
Indennità di accompagnamento	si	0
	no	2

VALUTAZIONE CONDIZIONE ABITATIVA E AMBIENTE DI VITA

Totale ____/10

Collazione dell'abitazione nel territorio	zona servita	0
	zona parzialmente servita	2
	zona isolata	4
Condizioni igieniche e strutturali	adeguate	0
	parzialmente adeguate	2
	non adeguate	4
Presenza barriere architettoniche	si	0
	parziali	1
	no	2

VALUTAZIONE SERVIZIO SOCIALE

Totale ____/10

NOTE DEL SERVIZIO SOCIALE

N. ORE PROPOSTE _____

N. ACCESSI SETTIMANALI _____

RIEPILOGO SCHEDE DI VALUTAZIONE

VALUTAZIONE GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA	____/40
VALUTAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE	____/30
VALUTAZIONE ECONOMICA DI BASE	____/10
VALUTAZIONE CONDIZIONE ABITATIVA E AMBIENTE DI VITA	____/10
VALUTAZIONE SERVIZIO SOCIALE	____/10
TOTALE	____/100

Data _____

A.S. Case Manager
