

CONSORZIO SERVIZI SOCIALI DELL'OLGIATESE

Piazza Volta n.1 22077 – OLGIATE COMASCO – P.I. 02793530136
Tel 031/990743 e Fax 031/947259 sito internet: www.servizisocialiolgiatese.co.it

ASSISTENZA A DOMICILIO DI SOGGETTI DESTINATARI DEL VOUCHER SOCIALE

COMUNE DI _____

SCHEDA PRESA IN CARICO PROGETTO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO

di

Dati personali:

Nome _____

Cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ via _____

ISEE _____

EVENTUALI PERSONE DI RIFERIMENTO: _____

MEDICO CURANTE: _____

Rete familiare

Vive con il coniuge

Vive con i figli [Nella propria abitazione o presso l'abitazione dei figli] Da quando? ___/___/___

CONSORZIO SERVIZI SOCIALI DELL'OLGIATESE

Piazza Volta n.1 22077 – OLGIATE COMASCO – P.I. 02793530136

Tel 031/990743 e Fax 031/947259 sito internet: www.servizisocialiolgiatese.co.it

Vive con familiari Da quando? __/__/____

Vive solo [Nella propria abitazione] Da quando? __/__/____

Prossimità dei figli e/o parenti

Nella stessa casa [Oppure case vicine tra loro, comunicanti]

Nello stesso paese/città

In un paese limitrofo [Confinante e/o facilmente raggiungibile]

In altre provincia [O paese molto distante, oppure persona senza figli e/o parenti prossimi]

Note: _____

Stato di salute

Salute fisica

Buono [Buon livello di salute fisica, assenza di malattie significative]

Precario [Malattie croniche non invalidanti che consentono una vita “normale” e permettono all’anziano di mantenere un livello accettabile di autonomia]

Compromesso [Malattie croniche parzialmente invalidanti che richiedono cure continue e controlli costanti e limitano l’autonomia dell’individuo]

Gravemente compromesso [Malattie gravemente invalidanti che richiedono un’assistenza continua, allettamento, perdita totale dell’autonomia]

Salute psichica

Buono [Buon livello di adattamento alla realtà attuale: equilibrio, serenità]

CONSORZIO SERVIZI SOCIALI DELL'OLGIATESE

Piazza Volta n.1 22077 – OLGIATE COMASCO – P.I. 02793530136

Tel 031/990743 e Fax 031/947259 sito internet: www.servizisocialiolgiatese.co.it

- Precario** [Tendenza alla depressione, problemi di memoria che non compromettono in modo grave la permanenza al proprio domicilio]
- Compromesso** [Parziale confusione spazio-temporale, umore altalenante soggetto a sbalzi continui, mostra difficoltà nell'utilizzo del telefono e/o altri strumenti (fornello, forno ...)]
- Gravemente compromesso** [Completa confusione spazio-temporale, nessuna consapevolezza di sé, degli altri e delle cose, non sa usare il telefono e/o altri strumenti (fornello, forno ...)]

Autonomia personale

- Buona** [Provvede facilmente ed in modo autonomo alla cura della propria persona, riesce ad alzarsi, lavarsi, vestirsi, alimentarsi da solo]
- Limitata** [Parzialmente autonomo nella cura di sé: necessita di un aiuto rispetto al bagno e/o alla deambulazione]
- Insufficiente** [Non è in grado di provvedere autonomamente alla cura di sé, necessita di un aiuto costante per quanto riguarda gli atti della vita quotidiana, oppure avendone possibilità mostra atteggiamento apatico, non collaborante]

Note: _____

Abitazione

Composizione

- monolocale
- bilocale;
- trilocale;
- quattro locali
- cinque o più locali

Adeguatezza abitativa

- Buona** [Condizioni igienico-sanitarie adeguate, riscaldamento adeguato, assenza di barriere architettoniche]

CONSORZIO SERVIZI SOCIALI DELL'OLGIATESE

Piazza Volta n.1 22077 – OLGIATE COMASCO – P.I. 02793530136

Tel 031/990743 e Fax 031/947259 sito internet: www.servizisocialiolgiatese.co.it

- Sufficiente** [Condizioni igienico-sanitarie adeguate, riscaldamento adeguato, presenza di barriere architettoniche e/o disposizione dei locali tale da rendere difficile la fruizione degli ambienti e l'accesso/l'uscita dall'abitazione]
- Insufficiente** [Condizioni igienico- sanitarie, mancanza di servizi igienici, riscaldamento inadeguato, barriere tali da pregiudicare l'incolumità dell'anziano, assenza di telefono]

Ubicazione abitazione

- Centrale** [In prossimità dei negozi, chiesa, uffici pubblici,]
- Periferica** [Non in prossimità dei servizi/negozi ma ad una distanza tale da renderne possibile l'accesso muovendosi a piedi]
- Isolata** [Lontana da servizi/negozi e ad una distanza tale da renderne l'impossibile accesso muovendosi a piedi, lontana da altre abitazioni]

Note: _____

Relazioni familiari/amicali/di vicinato

- Vive solo e senza contatti quotidiani
- Vive solo ma ha contatti quotidiani con amici/parenti
- Vive solo e frequenta spazi di incontro

Abitudini/gestione del tempo

Relazioni con familiari/parenti

- Buona** [Rapporti quotidiani o settimanali – e positivi – con parenti che garantiscono un aiuto costante]
- Limitata** [Ha rapporti scarsi con parenti che garantiscono un aiuto solo in situazione di emergenza]
- Insufficiente** [Inesistenti o conflittuali rapporti con la parentela]

CONSORZIO SERVIZI SOCIALI DELL'OLGIATESE

Piazza Volta n.1 22077 – OLGIATE COMASCO – P.I. 02793530136

Tel 031/990743 e Fax 031/947259 sito internet: www.servizisocialiolgiatese.co.it

- Grave** [Sistema familiare multiproblematico, forti e persistenti conflitti interne]

Relazioni con amici/conoscenti/vicini di casa/volontari

- Buone** [Ha rapporti frequenti – quotidiani o settimanali – e positivi con i vari soggetti]
- Limitate** [Ha rapporti scarsi, casuali, saltuari – 1 volta al mese o meno con i vari soggetti]
- Insufficienti** [Rapporti inesistenti con i vari soggetti]

Interessi

- Buono** [Presenta un buon livello di attività: lavori domestici, artigianali, maglia cucito, gioco delle carte, lettura libri-riviste, visione programmi TV, frequenta la chiesa, altri luoghi di ritrovo, amici]
- Limitato** [Mantiene un parziale interesse verso alcune delle attività sopra elencate]
- Insufficiente** [Non presenta alcun interesse e non è in grado di svolgere attività per problemi psico-fisici]

Gestione quotidiana/livelli di autonomia

Vita domestica

- Buona** [Provvede autonomamente al rigoverno quotidiano e alla preparazione dei pasti]
- Limitata** [Provvede con difficoltà al rigoverno dell'alloggio e richiede aiuto nello svolgimento dei lavori più pesanti]
- Insufficiente** [Non è in grado di svolgere alcuna attività domestica, necessita di un aiuto costante, oppure pur avendone possibilità mostra atteggiamento apatico, non collaborante]

Vita extra domestica

- Buona** [Mantiene una buona autonomia rispetto alle uscite sul territorio per spese, commissioni, attività varie]
- Limitata** [Esce solo se accompagnato; richiede un aiuto per spese e commissioni]
- Insufficiente** [Non è più in grado di uscire; necessita di aiuto costante, oppure pur avendone possibilità mostra atteggiamento apatico, non collaborante]

Note: _____

CONSORZIO SERVIZI SOCIALI DELL'OLGIATESE

Piazza Volta n.1 22077 – OLGIATE COMASCO – P.I. 02793530136

Tel 031/990743 e Fax 031/947259 sito internet: www.servizisocialiolgiatese.co.it

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

MODALITA' E TEMPI DI INTERVENTO:

- o ACCESSI: _____
- o ORARI: _____
- o NOTE: _____

PERIODO DI ATTIVAZIONE: DAL _____ AL _____

ENTE SCELTO _____

DATA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO _____

COMPITI E FUNZIONI

OBIETTIVI

TABELLA RIEPILOGATIVA

<i>MINUTI SETTIMANALI DI ASSISTENZA</i>	<i>N.</i>
<i>COSTO SETTIMANALE</i>	€
<i>RIPARTO COSTI:</i>	
<i>VOUCHER (BASSA/MEDIA/ALTA INT.)</i>	€
<i>COMUNE</i>	€
<i>PRIVATO</i>	€
<i>ALTRO</i>	€

DATA _____

FIRMA _____

ASSISTENTE SOCIALE _____