



ASSOCIAZIONE PRO CASA ANZIANI NIARDO ONLUS
CENTRO DIURNO INTEGRATO "NINÌ CALZONI" NIARDO

Via Adamo, 1 - 2550 niardo (BS) tel.0364 335036 fax 0364.338640

Codice Fiscale: 90008530173

Email :amministrazione@cdiniardo.it Sito web: www.ciardo.it

SCHEDA SOCIALE

COGNOME _____ NOME _____

Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

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 ____

Persone Significative che prestano assistenza:

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

Il Richiedente è titolare di:

Pensione SI NO

Invalità Civile : SI ____ % NO

In corso di accertamento

Indennità di Accompagnamento : SI NO

Legge 104/92 Gravità Handicap : 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 necessita di interventi strutturali di manutenzione/ristrutturazione o adeguamento

- 0 E' adeguata
3 Necessità di interventi
4 Fatiscente non 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 con necessità 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 accesso 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 indirizzo per 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 FAMILIARI

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 a coprire 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 familiare:

- 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

AUTONOMIA NELLE ATTIVITÀ STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA (IADL)

Capacità di :

- | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|----------------------------|
| • usare il telefono | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Con aiuto/sostegno/stimolo |
| • fare acquisti | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Con aiuto di _____ |
| • preparare cibo | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Con aiuto di _____ |
| • governare la casa | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Con aiuto di _____ |
| • lavare e stirare biancheria | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Con aiuto di _____ |
| • utilizzare i mezzi di trasporto | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Con aiuto di _____ |
| • somministrarsi i medicinali | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Con aiuto di _____ |
| • maneggiare denaro | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | 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 CDI:

- 1° Domanda Già in lista per RSA Già in lista per CDI Altro _____
- Domanda d'urgenza



Richiesta di ricovero in RSA in posto:

- Accreditato Di Sollievo Ricovero d'emergenza

Richiesta di inserimento in CDI:

Le condizioni sanitarie e di mobilitazione consentono all'interessato di sottoporsi quotidianamente al trasporto: SI NO

L'interessato la sera rientra nella:

- Propria abitazione Abitazione del parente/caregiver Altro _____

Al rientro abbisogna di assistenza :

- Mattutina Serale Notturna Non ne abbisogna

L'interessato da chi è assistito a domicilio:

- Familiare/caregiver SAD comunale Badante Volontari

Motivazioni e condizioni che hanno indotto la richiesta di RSA o CDI

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 tipologia di Servizio (CDI)
 Altra struttura _____ Altro _____



PROBLEMI E BISOGNI ESPRESI:

PROPOSTA DI INTERVENTO:

Data _____

Responsabile struttura
