

SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE LONGITUDINALE DELL'ANZIANO IN CARICO – VALGRAF
(Comune di Roma, ASP - Lazio, Istituto Superiore di Sanità) – luglio 2004.

1) Nome <input type="text"/>		Cognome <input type="text"/>	
2) Codice Fiscale <input type="text"/>			
3) Codice Interno: a) anno <input type="text"/>		b) municipio <input type="text"/>	c) Numero <input type="text"/>
4) Comune di nascita <input type="text"/>		prov. <input type="text"/>	5) Data di nascita <input type="text"/>
6) Indirizzo <input type="text"/> cap- <input type="text"/>			
Segnalazione			
7) Data segnalazione <input type="text"/>			
8) Fonte principale di segnalazione		<input type="checkbox"/> 1 autosegnalazione <input type="checkbox"/> 5 altri servizi <input type="checkbox"/> 2 parente <input type="checkbox"/> 6 struttura sanitaria (ospedale, riabilit., altro) <input type="checkbox"/> 3 amico/vicino <input type="checkbox"/> 7 altro: _____ <input type="checkbox"/> 4 volontario	
9) Data prima visita <input type="text"/>		10) Nome ed eventuale codice operatore _____	
11) Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		12) Titolo di studio <input type="checkbox"/> 1 Analfabeta <input type="checkbox"/> 3 Media Inf. o avviamento <input type="checkbox"/> 5 Media Sup. <input type="checkbox"/> 2 Licenza Elem. <input type="checkbox"/> 4 Scuola Professionale <input type="checkbox"/> 6 Laurea	
13) Stato civile <input type="checkbox"/> 1 nubile/celebe <input type="checkbox"/> 2 coniugato/a <input type="checkbox"/> 3 vedovo/a <input type="checkbox"/> 4 separato/a, divorziato/a			
14) Professione prevalente nella vita (se casalinga vedi a destra)		Casalinga (indicare la professione del capofamiglia come da codifica delle due colonne a sinistra)	
<input type="checkbox"/> 1 imprenditore, libero professionista, dirigente <input type="checkbox"/> 2 impiegato <input type="checkbox"/> 3 commerciante <input type="checkbox"/> 4 artigiano		<input type="checkbox"/> 5 operaio special. <input type="checkbox"/> 6 operaio comune. <input type="checkbox"/> 7 lavoratore agricolo. <input type="checkbox"/> 8 altro: _____	
<input type="checkbox"/> 9 di famiglia 1 <input type="checkbox"/> 10 di famiglia 2 <input type="checkbox"/> 11 di famiglia 3 <input type="checkbox"/> 12 di famiglia 4		<input type="checkbox"/> 13 di famiglia 5 <input type="checkbox"/> 14 di famiglia 6 <input type="checkbox"/> 15 di famiglia 7 <input type="checkbox"/> 16 di famiglia 8	
15) Svolge ancora qualche attività retributiva <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Sì No <i>Se sì,</i> specificare: _____			
Eventuale 1° aggiornamento		Eventuale 2° aggiornamento	
15a) Data <input type="text"/>		15b) Codice <input type="text"/>	
15c) Data <input type="text"/>		15d) Codice <input type="text"/>	
16) Pensione/i disponibili <input type="checkbox"/> 1 anzianità/vecchiaia <input type="checkbox"/> 3 indennità di accompagnamento <input type="checkbox"/> 5 invalidità <input type="checkbox"/> 2 sociale <input type="checkbox"/> 4 reversibilità			
17) Ente pensione <input type="checkbox"/> 1 INPS <input type="checkbox"/> 2 INPDAP <input type="checkbox"/> 3 altro: _____			
Eventuale 1° aggiornamento		Eventuale 2° aggiornamento	
17a) Data <input type="text"/>		17b-c) Codici <input type="text"/>	
17d) Data <input type="text"/>		17e-f) Codici <input type="text"/>	
18) Gestione del reddito <input type="checkbox"/> 1 anziano stesso <input type="checkbox"/> 2 familiare <input type="checkbox"/> 3 tutore <input type="checkbox"/> 4 amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> 5 altro: _____			
Eventuale 1° aggiornamento		Eventuale 2° aggiornamento	
18a) Data <input type="text"/>		18b) Codice <input type="text"/>	
18c) Data <input type="text"/>		18d) Codice <input type="text"/>	
19) Indicatore socio economico ISEE <input type="text"/>		22a) Esente ISEE (barrare la casella a destra se esente) <input type="checkbox"/> 1	
Eventuale 1° aggiornamento			
19a) Data <input type="text"/>		19b) Codice <input type="text"/>	
Eventuale 2° aggiornamento			
19c) Data <input type="text"/>		19d) Codice <input type="text"/>	
20) Vive <input type="checkbox"/> 1 solo <input type="checkbox"/> 2 con marito/moglie <input type="checkbox"/> 3 con figli <input type="checkbox"/> 4 con convivente <input type="checkbox"/> 5 altro: _____			
Eventuale 1° aggiornamento		Eventuale 2° aggiornamento	
20a) Data <input type="text"/>		20b) Codice <input type="text"/>	
20c) Data <input type="text"/>		20d) Codice <input type="text"/>	
21a-g) Eventuali eventi critici negli ultimi anni (se sì, specificare accanto l'anno)		<input type="checkbox"/> 1 morte coniuge/partner <input type="checkbox"/> 5 truffa, furto per strada <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 2 morte figlio o altro parente <input type="checkbox"/> 6 grave incidente <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 3 sfratto <input type="checkbox"/> 7 altro: _____ <input type="checkbox"/> 4 furto in casa <input type="text"/>	
Eventuale 1° aggiornamento			
21h) Data <input type="text"/>		21i-m) Codici <input type="text"/>	
Eventuale 2° aggiornamento			
21n) Data <input type="text"/>		21o-q) Codici <input type="text"/>	

22) **Abitazione** 1 propria o del coniuge 2 in usufrutto 3 comodato 4 affitto edilizia residenziale pubblica 5 affitto privato 6 ospite di altri 7 sfratto (barrare solo se in atto lo sfratto esecutivo)

Eventuale 1° aggiornamento

Eventuale 2° aggiornamento

22a) Data

22b) Codice

22c) Data

22d) Codice

23) **Caratteristiche dei conviventi (C) o dei familiari (F) viventi nello stesso caseggiato** (Indicare con asterisco (*) la persona di riferimento)

23a) *Se aggiornamento: specificare qui la data*

Nome		Relazione <i>(vedi codici sotto)</i>	Età	Posizione lavorativa	Orario di lavoro	Eventuali disabilità/problemi	Capacità di assistere
	C F	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	C F	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	C F	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	C F	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relazione: 1- coniuge; 2- figlio/a; 3- nuora/genero; 4- altro parente; 5- assistente pagato; 6- genitore; 7- amico; 8- vicino; 9- volontario; 10- altro

Posizione lavorativa: 1- lavoratore a tempo pieno; 2- lavoratore a tempo parziale; 3- precario; 4- pensionato che svolge ancora qualche attività lavorativa; 5- pensionato che non svolge più nessuna attività lavorativa; 6- disoccupato in cerca di 1° occupazione; 7- studente; 8- casalinga; 9- altro

Orario di lavoro: 1- tempo pieno normale; 2- tempo pieno con turni o notturno; 3- tempo parziale normale; 4- Tempo parziale con turni o notturno

Eventuali disabilità/problemi che possono comportare bisogno di assistenza (segnalare solo il più grave): 1- malattia fisica cronica grave; 2- disabilità fisica senza malattia grave; 3- deficit cognitivo; 4- grave disturbo psichiatrico; 5- tossicodipendenza (anche alcolismo)

Capacità di assistere: 3- capace di assistere fisicamente in modo completo; 2- capace di assistere fisicamente parzialmente; 1- capace solo di sorvegliare; 0- non capace né di assistere né di sorvegliare

24) **Altre persone che danno sostegno** (escludere conviventi e familiari che vivono nello stesso caseggiato) – (usare gli stessi codice di 23; *se non segnalato prima, indicare con asterisco (*) la persona di riferimento*)

24a) *Se aggiornamento: specificare qui la data*

Nome	Relazione	Età	Eventuali disabilità/problemi	Capacità di assistere
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

25) **Altre potenziali persone di sostegno da attivare** (usare gli stessi codice di 23)

25a) *Se aggiornamento: specificare qui la data*

Nome	Relazione	Età	Eventuali disabilità/problemi	Capacità di assistere
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. ATTIVITÀ QUOTIDIANE

Date di compilazione

1°
Giorno Mese Anno

2°
Giorno Mese Anno

3°
Giorno Mese Anno

4°
Giorno Mese Anno

5°
Giorno Mese Anno

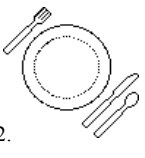
6°
Giorno Mese Anno

NB: Riferirsi per la maggior parte delle voci a ciò che è successo nell'ultima settimana

La scheda è predisposta per 6 rilevazioni successive. Mettere un segno (ad es. una X) all'interno dello spazio a lato delle categorie (A, B, C, D), relative alla condizione dell'anziano. Collocando il segno X in alto o in basso nella successiva compilazione, si possono segnalare eventuali miglioramenti o peggioramenti anche nell'ambito della stessa categoria. Barrando la casella MON, in alto a sinistra delle caselle, si indicano le funzioni che si decide di monitorare.

MON

1. CAPACITÀ DI MANGIARE



2. SALA DA PRANZO

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A	<					
B	<					
C	<					
D	<					
E	<					

MON


1° 2° 3° 4° 5° 6°

Scrivere nelle caselle S=SI, ci va da solo A=Accompagnato N=Non ci va


A. Autonomo con o senza ausili sempre. Include i pazienti autonomi nel gestire il sondino nastro-gastrico.
B. Ha bisogno di stimolo e sorveglianza o di aiuto fisico occasionale.
C. Ha bisogno di aiuto fisico più di 2 volte la settimana.
D. Ha bisogno di aiuto fisico costante, ma collabora e/o è capace di utilizzare almeno una posata (cucchiaio).
E. Deve essere imboccato e collabora poco e/o non è quasi ai autonomi nel gestire il sondino nastro-gastrico.

MON


8. VESTIRE




9. Calze




10. Bottoni



11. Scarpe



12. Cerniere



	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A	<					
B	<					
C	<					
D	<					
E	<					

MON


1° 2° 3° 4° 5° 6°

A. Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto od una protesi (anche se con indumenti adattati)
B. Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseni, lacci da scarpe.
C. Come B e in più occorre preparargli in ordine i vestiti.
D. Ha bisogno di aiuto fisico ma collabora in modo appropriato.
E. Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.

A. Autonomo
B. Autonomo con accorgimenti o ausili (velcro, scarpe senza lacci, tiranti, ecc.)
C. Ha bisogno di aiuto

MON

3. MASTICARE con dentiera se la porta



4. DENTIERA

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A	<					
B	<					
C	<					
D	<					

MON


1° 2° 3° 4° 5° 6°

A. Senza particolari problemi.
B. Cibi duri con fatica.
C. Solo cibi molli.
D. Non si alimenta per bocca.

A. Non ce l'ha e non ne ha bisogno.
B. Ce l'ha e lo usa bene.
C. Ce l'ha e non lo usa bene.
D. Non ce l'ha, ma ne avrebbe bisogno.

MON

13. CURA DELL'ASPETTO (lavarsi mani, braccia viso, pettinarsi, lavarsi i denti, farsi la barba, trucco, soffiarsi il naso)



	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A	<					
B	<					
C	<					
D	<					
E	<					


MON

1° 2° 3° 4° 5° 6°

A. Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese tutte le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere capace di truccarsi, se abituata (non sono da considerare le attività relative all'acconciatura dei capelli).
B. Necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni suddette.
C. Necessita di aiuto durante una o più delle operazioni suddette.
D. Necessita di aiuto per tutte le operazioni, ma ancora collabora.
E. Completamente incapace, bisogna fare tutto per lui/lei.

MON

5. BAGNO O DOCCIA - Igiene genitali e arti inferiori



	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A	<					
B	<					
C	<					
D	<					
E	<					

MON

1° 2° 3° 4° 5° 6°

A. Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.
B. Ha bisogno di essere sorvegliato o guidato o che gli si prepari il necessario o ha bisogno di assistenza per lavarsi una sola parte del corpo (dorso o un arto inferiore).
C. Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.
D. Necessita di aiuto per tutte le operazioni, ma collabora attivamente.
E. Totale dipendenza, non collabora.

MON

14. ALVO/CONTINENZA INTESTINALE

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A	<					
B	<					
C	<					
D	<					
E	<					

MON

1° 2° 3° 4° 5° 6°

A. Nessun problema.
B. Incontinenza occasionale o stomia di cui si può occupare da solo o irregolarità dell'alvo.
C. Incontinenza occasionale, non sa pulirsi da solo.
D. Incontinenza fecale più frequente (almeno 1 volta la settimana) o bisogno di aiuto per stomia.
E. Incontinenza abituale, cioè sempre o la maggior parte dei giorni.

15. STOMIA

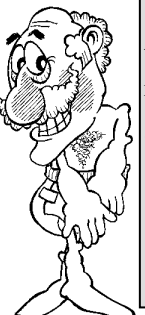
1° 2° 3° 4° 5° 6°

16. CLISTERE PERIODICO (PER TRATTAMENTO PROBLEMI DELL'ALVO)

1° 2° 3° 4° 5° 6°

MON

6. CONTINENZA VESCICALE (in assenza di eventuale catetere o condom)



	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A	<					
B	<					
C	<					
D	<					
E	<					
F	<					

MON

1° 2° 3° 4° 5° 6°

A. Nessun problema.
B. A gocce.
C. Una volta a settimana o meno.
D. Più frequente ma non giornaliera o solo notturna.
E. Tendenzialmente giornaliera, con qualche residuo di autocontrollo, specie nelle ore diurne.
F. Più episodi al giorno.

7. EVENTUALE TRATTAMENTO (OLTRE A EVENTUALE TRATTAMENTO DI INFEZIONE URINARIA O DI RIMOZIONE FECALCOMA)

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A	<					
B	<					
C	<					
D	<					
E	<					
F	<					

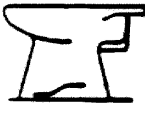
MON

1° 2° 3° 4° 5° 6°

A. Catetere a dimora o condom di cui si occupa da solo o ha bisogno di qualcuno che gli ricordi spesso di urinare.
B. Catetere a dimora o condom per cui ha bisogno di aiuto quotidiano.
C. Uso del pannolone
D. Accompagnato a orari prestabiliti in bagno, e in questo caso l'incontinenza non si manifesta
E. Lo stesso ma in parte l'incontinenza si manifesta.
F. Incontinenza trattata con programma regolare di riduzione della vescica.

MON

17. USO DEL GABINETTO



	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A	<					
B	<					
C	<					
D	<					
E	<					

MON

1° 2° 3° 4° 5° 6°

A. Capace di trasferirsi sulla e dalla tazza, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto e farsi il bidet dopo le funzioni fisiologiche. Se usa comoda o padella o pappagallo deve essere in grado di svuotarla e pulirla. Comprende catetere o stomia di cui si occupa da solo.
B. Necessita di supervisione per usare il gabinetto e/o di aiuto fisico parziale 1-2 volte a settimana. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla. Ha bisogno di aiuto occasionale per stomia o catetere.
C. Necessita di aiuto fisico parziale più di 2 volte la settimana, ma non sempre, per svestirsi/vestirsi, per il posizionamento corretto e per lavare le mani.
D. Necessita di aiuto fisico parziale sempre o di aiuto fisico totale più di 2 volte a settimana, ma non sempre.
E. Totalmente dipendente.

18. USA PER LO PIÙ COMODA O VASO

1° 2° 3° 4° 5° 6°

19. USA PER LO PIÙ PAPPAGALLO O PADELLA

1° 2° 3° 4° 5° 6°


Commenti: _____

(Riportare gli obiettivi riabilitativi e assistenziali specifici nell'ultima pagina)

2. COMUNICAZIONE

MON


1. VISTA



A	<	1°	2°	3°	4°	5°	6°
B	<						
C	<						
D	<						

A. Vede abbastanza bene (con o senza occhiali).
 B. Vede solo i caratteri grandi di giornali, riconosce le facce solo a 4/5 metri, ma riesce a svolgere da solo le normali attività quotidiane.
 C. Visione molto limitata ma segue ancora gli oggetti con gli occhi.
 D. Cieco o vede solo le luci, i colori.

2. OCCHIALI O LENTI A CONTATTO




METTERE UNA CROCETTA SE UTILIZZATI

<	1°	2°	3°	4°	5°	6°
---	----	----	----	----	----	----

MON

2. UDITO



A	<	1°	2°	3°	4°	5°	6°
B	<						
C	<						
D	<						

A. Sente le normali conversazioni, la TV, il telefono.
 B. Qualche difficoltà, in ambiente non silenzioso.
 C. Sente quello che gli si dice direttamente solo a condizione di parlare ad alta voce o ha bisogno che qualcuno gli installi l'apparecchio acustico.
 D. Udito molto compromesso.


Se ha difficoltà di udito

5. È CAPACE DI LEGGERE LE LABBRA O COMPRENDERE IL LINGUAGGIO DEI GESTI?

<	1°	2°	3°	4°	5°	6°
---	----	----	----	----	----	----

MON

6. COMUNICAZIONE



A	<	1°	2°	3°	4°	5°	6°
B	<						
C	<						
D	<						

A. Si fa capire normalmente.
 B. Ha qualche difficoltà con le parole o con i gesti, ma riesce ad esprimere concetti e desideri anche non elementari, magari con il linguaggio dei gesti.
 C. Comunica solo i bisogni elementari o riesce a rispondere a domande semplici (Sì-No).
 D. Incapace di comunicare.

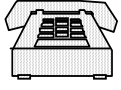
Se ha difficoltà nella parola

7. LINGUAGGIO DEI GESTI

Si	<	1°	2°	3°	4°	5°	6°
No	<						

MON

8. USO DEL TELEFONO (Considerare se lo saprebbe usare se lo avesse sul comodino)



A	<	1°	2°	3°	4°	5°	6°
B	<						
C	<						
D	<						

A. Usa il telefono di propria iniziativa, stacca il microfono e compone il numero.
 B. Compone solo numeri ben conosciuti.
 C. Risponde al telefono, ma non è capace di comporre il numero.
 D. Non è capace di usare il telefono.

MON

9. PUÒ SCRIVERE

A	<								
B	<								
C	<								




A. Scrive senza difficoltà (almeno una cartolina).
 B. Scrive con difficoltà.
 C. Non può scrivere.

MON

10. PUÒ LEGGERE

A	<								
B	<								
C	<								



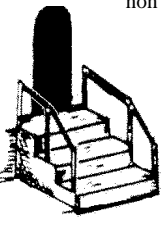
(con o senza occhiali)
 A. Legge normalmente caratteri di stampa normali.
 B. Legge con difficoltà (ad es. lente) o molto lentamente o solo caratteri grandi.
 C. Non può leggere per problemi di vista o di analfabetismo.

Commenti: _____

3. MOBILITÀ

MON

1. SCALE (considerare se è in grado di fare almeno 16 gradini anche se non ne ha bisogno)




A	<	1°	2°	3°	4°	5°	6°
B	<						
C	<						
D	<						
E	<						

A. In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. Se usa bastone o stampelle è in grado di portarli con sé durante la salita o discesa.
 B. Qualche volta richiede supervisione o stimolo.
 C. Ha sempre bisogno di attenzione o che qualcuno gli porti gli ausili.
 D. Ha bisogno dell'aiuto fisico di un'altra persona.
 E. Incapace di salire e scendere le scale anche con aiuto fisico.

MON

2. CAMMINO (almeno 50 mt, un lungo corridoio; in un'unica soluzione, anche se con brevi pause)



A	<	1°	2°	3°	4°	5°	6°
B	<						
C	<						
D	<						
E	<						

A. Cammina da solo senza problemi (con o senza bastone o protesi) sia all'interno che all'esterno.
 B. Cammina da solo all'interno. Quando esce non è sicuro e ha bisogno di qualcuno che lo guidi, lo stimoli e lo sorvegli in certe occasioni.
 C. Utilizza un girello o ha bisogno di una persona per cominciare ad utilizzare gli ausili.
 D. Ha bisogno di aiuto fisico di un'altra persona per camminare.
 E. Non cammina

Tempo impiegato per percorrere 10m
 Minuti | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°

MON


3. TRAFERIMENTO LETTO-CAROZZINA, LETTO POLTRONA

A	<	1°	2°	3°	4°	5°	6°
B	<						
C	<						
D	<						
E	<						

A. Nessun aiuto o stimolo occasionale per spostarsi dal letto alla poltrona, dal letto alla sedia, dal letto alla sedia a rotelle (se la usa), dal letto in piedi e viceversa.
 B. Ha bisogno di sorveglianza e stimolo e/o più di 2 volte a settimana, ma non sempre, di piccoli aiuti fisici.
 C. Più di 2 volte a settimana ma non sempre, ha bisogno di aiuto fisico di una persona ma non di essere sollevato, anche perché partecipa attivamente.
 D. Ha bisogno di molto aiuto e/o di essere sollevato da parte di una persona, più di 2 volte la settimana ma non sempre.
 E. Ha sempre bisogno di aiuto fisico di due persone o di un sollevatore.

MON

4. MOBILITÀ A LETTO



A	<	1°	2°	3°	4°	5°	6°
B	<						
C	<						
D	<						
E	<						


Uso di spondine a letto (barrare la casella se presente)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

A. Nessun aiuto
 B. Ha bisogno di qualcuno che lo sorvegli o gli suggerisca i movimenti per girarsi da un lato all'altro e per assumere le posizioni nel letto e /o occasionalmente di piccoli aiuti fisici.
 C. Ha bisogno di aiuto fisico di una persona per muoversi a letto e assumere posizioni corrette, più di 2 volte la settimana ma non sempre.
 D. Deve essere aiutato da due persone per la mobilitazione a letto e l'assunzione di posizioni corrette o sollevato più di 2 volte a settimana ma non sempre.
 E. Deve essere sempre aiutato o sollevato da due o più persone.

MON

5. SEDIA A ROTELLE




A	<	1°	2°	3°	4°	5°	6°
B	<						
C	<						
D	<						
E	<						

A. Non ha bisogno di usare la sedia a rotelle.
 B. E' capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al wc, ecc.), con autonomia >= 50 mt.
 C. Bisogno di stimolo e sorveglianza e di aiuto per fare curve strette.
 D. Deve essere perlopiù spinto.
 E. Troppo grave per utilizzare la sedia a rotelle o deve essere trasportato in barella.

MON

6. NECESSITÀ DI AUSILI



A	<	1°	2°	3°	4°	5°	6°
B	<						
C	<						
D	<						
E	<						

A. Non ne ha bisogno.
 B. Ne ha bisogno, li ha in dotazione e li usa bene.
 C. Li ha in dotazione ma non li usa.
 D. Ne ha bisogno ma non li ha in dotazione.

MON

7. TIPI DI AUSILI


1°	2°	3°	4°	5°	6°
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Corrimano
 B. Bastone
 T. Tripode
 D. Deambulatore

Scrivere nella casella la lettera corrispondente all'usilio principale utilizzato

MON

8. PROTESI DEGLI ARTI



A	<	1°	2°	3°	4°	5°	6°
B	<						
C	<						
D	<						
E	<						

A. Non ne porta.
 B. La mette bene da solo.
 C. Ha bisogno che qualcuno verifichi che sia messa bene.
 D. Deve essere messa da altri

4. ATTIVITÀ STRUMENTALI

MON 1. USO DEI MEZZI DI TRASPORTO

	1°	2°	3	4°	5°	6°
A <						
B <						
C <						
D <						
E <						



- A. Si sposta da solo con i mezzi pubblici e/o usa la propria auto senza particolari problemi.
- B. Si sposta da solo in taxi.
- C. Deve essere aiutato a salire e scendere per usare un mezzo di trasporto, anche se adattato.
- D. Deve essere accompagnato per utilizzare un mezzo di trasporto.
- E. Può essere trasportato solo in autoambulanza.

MON 1. FARE COMPERE

	1°	2°	3	4°	5°	6°
A <						
B <						
C <						
DP <						
DF <						

- A. Progetta ed esegue da solo le sue compere.
- B. Fa gli acquisti ma ha bisogno che quelli pesanti gli vengano consegnati a domicilio.
- C. Fa gli acquisti ma ha bisogno di aiuto per la gestione del denaro e/o per scegliere gli oggetti adatti o può fare acquisti solo in ambienti protetti.
- DP Non può fare acquisti per problemi psichici o intellettuali.
- DF Non può fare compere per problemi fisici, anche se lo potrebbe dal punto di vista intellettuale.



MON 2. LAVORI DOMESTICI (spolverare, fare il letto, lavare le stoviglie, spazzare). Per i maschi, considerare non quello che fa, ma quello che sarebbe in grado di fare.

	1°	2°	3	4°	5°	6°
A <						
B <						
C <						
D <						
E <						



- A. Fa tutti i lavori senza particolari difficoltà.
- B. Fa solo i lavori leggeri (lavare i piatti, rifare il letto) senza particolari difficoltà.
- C. Ha bisogno di essere stimolato ed aiutato per mantenere pulizia ed ordine.
- D. Bisogno di aiuto parziale.
- E. Totalmente dipendente da altri.

MON 7. CUCINARE PASTI CALDI

	1°	2°	3	4°	5°	6°
A <						
B <						
C <						
D <						

- A. Prepara pasti completi semplici senza particolari difficoltà.
- B. Prepara solo spuntini o riscaldare pasti confezionati.
- C. Ha bisogno di essere guidato o stimolato.
- D. Totalmente dipendente da altri.
- NV. Non valutabili non lo ha mai fatto.
(in questo caso vedi sotto)



Se persona (perlopiù maschio) che non ha mai dovuto cucinare:
8. E' in grado di preparare semplici pasti caldi?

	1°	2°	3	4°	5°	6°
A <						
B <						
C <						

- A. Senza difficoltà
- B. Con qualche difficoltà
- C. Non è in grado.
- NV. Non valutabile

MON 3. LAVARE I VESTITI E STIRARE

	1°	2°	3	4°	5°	6°
A <						
B <						
C <						
D <						

- A. Autonomo
- B. Bisogno di stimolo e controllo.
- C. Lava solo piccole cose (calzini, mutande).
- D. Completamente dipendente.
- NV. Non valutabile, non lo ha mai fatto
(in questo caso vedi sotto).

Se persona (perlopiù maschio) che non ha mai dovuto lavare e stirare:
4. E' in grado di prendersi cura almeno degli indumenti intimi?

	1°	2°	3	4°	5°	6°
A <						
B <						
C <						

- A. Senza difficoltà
- B. Con qualche difficoltà
- C. Non è in grado.
- NV. Non valutabile

MON 9. PRENDERE FARMACI PER BOCCA (considerare se è in grado di prenderti anche se non sono prescritti)

	1°	2°	3	4°	5°	6°
A <						
B <						
C <						
D <						
E <						

- A. Autonomo.
- B. Bisogno di stimolo e controllo periodico per essere certi che prenda i farmaci come prescritto.
- C. Prende i farmaci come prescritto solo se sono preparati in anticipo in modo ordinato.
- D. Bisogna essere presenti nel momento in cui prende farmaci.
- E. Devono essere somministrati da chi assiste.



1° 2° 3° 4° 5° 6°

Numero di farmaci diversi che prende per bocca nell'arco di una giornata

MON 4. GESTIONE DENARO

	1°	2°	3	4°	5°	6°
A <						
B <						
C <						
D <						



- A. Si occupa da solo delle sue finanze senza difficoltà.
- B. Ha bisogno di guida e/o di sorveglianza per alcune operazioni (banca, acquisti importanti).
- C. Da solo riesce soltanto a fare piccoli acquisti.
- D. Totalmente dipendente da altri anche per le piccole spese personali.

Commenti

5. ASPETTI COGNITIVI

MON 1. BREVE TEST DI MEMORIA E ORIENTAMENTO

a. Sa il giorno della settimana

A B C grid for item a

A. Sempre si. B. Talvolta si, talvolta no. C. Sempre no.

b. Sa la stagione

A B C grid for item b

A. Sempre si. B. Talvolta si, talvolta no. C. Sempre no.

c. Sa dove si trova

A B C grid for item c

A. Sempre si. B. Talvolta si, talvolta no. C. Sempre no.

d. Sa fare semplici calcoli (20-3; 5000-1500)

A B C grid for item d

A. Sempre si. B. Talvolta si, talvolta no. C. Sempre no.

e. Ricorda 3 parole dette 5 minuti prima es. (libro, orologio, tavolo)

A B C grid for item e

A. Sempre tutt'e e tre. B. Non tutte, o tutt'e e tre qualche volta si, qualche volta no. C. Sempre no.

MON 4. ORIENTAMENTO SPAZIALE



A B C D grid for spatial orientation test

A. Esce di casa senza problemi e si orienta bene anche in ambienti nuovi o poco familiari (ad es. in vacanza, in gita). B. Si è perso qualche volta di giorno fuori di casa, ma in casa, ma in casa o negli spazi noti (ad es. giardino, nelle vie vicine) si orienta correttamente. C. E' talora disorientato anche in casa o nei luoghi diventati familiari (ad es. non trova la stanza, il bagno). D. E' spesso o costantemente disorientato anche in casa.

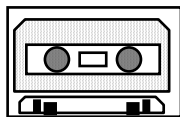
MON 5. RICONOSCIMENTO DI PERSONE



A B C D grid for person recognition test

A. Riconosce con prontezza anche persone non del tutto familiari (ad es. visitatori occasionali). B. Riconosce i familiari e gli operatori abituali, ma non persone meno note. C. Qualche volta non riconosce più nemmeno le persone più care o chi lo accudisce ogni giorno. D. Non riconosce più nessuno.

MON 2. MEMORIA A MEDIO TERMINE



A B C D grid for medium-term memory test

A. Nessun particolare problema. B. Dimentica fatti recenti (nomi, appuntamenti) più delle persone della stessa età, ma questo non causa fondamentali problemi nella vita quotidiana. C. Dimentica spesso cose importanti nella vita quotidiana (di aver preso o no i farmaci, di aver mangiato, di aver ricevuto visite, ecc.) ed ha bisogno di assistenza. D. La memoria a breve-medio termine è completamente compromessa.

MON 6. CAPACITÀ DI PRENDERE DECISIONI



A B C D grid for decision-making test

E. La comprensione (della parola e dei gesti) è pronta anche per messaggi complessi. B. Bisogna spiegargli più volte le cose, ma alla fine capisce. C. La comprensione è ridotta e si è limitata a messaggi semplici (ad es. cibo, sorriso, carezza). D. La comprensione è completamente compromessa.

MON 3. CAPACITÀ DI PRENDERE DECISIONI

A B C D grid for decision-making test

A. Decide autonomamente come vestirsi, come mangiare e come organizzare la giornata. B. Come A, ma ha alcune difficoltà a far fronte a situazioni o problemi nuovi. Mettere un segno qui anche se la persona sembra autonoma, ma di fatto il personale prende decisioni della vita quotidiana per lui. C. Ha bisogno di supporto, promozione, supervisione, ma prende ancora qualche decisione. D. Totalmente dipendente e incapace di prendere decisioni.

Commenti

Blank lines for writing comments

7. SOCIEVOLEZZA, RAPPORTI CON I FAMILIARI, IL PERSONALE, USCITE, ATTIVITA' RICREATIVE E UTILI

MON 1. SOCIEVOLEZZA



	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A	<					
B	<					
C	<					
D	<					

- A. Socievole, prende l'iniziativa di contatti.
- B. Prende raramente iniziativa, ma ha vita di relazione accettabile.
- C. Contatti solo occasionali ma vorrebbe più compagnia.
- D. Contatti solo occasionali e non vuole compagnia.

MON 2. FREQUENZA DI CONTATTI CON PARENTI NON CONVIVENTE E AMICI (INCLUDE TELEFONATE)



	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A	<					
B	<					
C	<					
D	<					

- A. Una o più volte alla settimana (di persona, o per lettera o per telefono).
- B. 1-3 volte al mese.
- C. Meno di una volta al mese ma almeno una volta all'anno.
- D. Meno di una volta all'anno o mai finora.

MON 3. COLLABORAZIONE ALL'ASSISTENZA



	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A	<					
B	<					
C	<					
D	<					

- A. Collabora e partecipa attivamente a gran parte delle decisioni degli interventi e obiettivi degli stessi.
- B. Collabora e partecipa solo a qualche decisione.
- C. Qualche volta partecipa alle prescrizioni di malavoglia o le rifiuta.
- D. La maggior parte delle volte partecipa alle prescrizioni di malavoglia o le rifiuta.

MON 4. USCITA NELL'ULTIMO MESE, solo o accompagnato (non solo in cortile o in giardino)



	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A	<					
B	<					
C	<					
D	<					

- A. Più di una volta alla settimana.
- B. 1-4 volte al mese.
- C. Meno di una volta al mese.
- D. Mai

Se esce:

5. HA BISOGNO DI ACCOMPAGNAMENTO DI OPERATORI VOLONTARI?

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A	<					
B	<					
C	<					

- A. No, sempre autonomo.
- B. Qualche volta
- C. Sempre

Commenti

MON 6. RELAZIONE PERSONALE DI CONFIDENZA, DI SOSTEGNO

Con familiare, amico

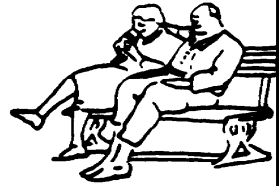
	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Si	<					
No	<					

Con operatore

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Si	<					
No	<					

Con volontario e/o religioso

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Si	<					
No	<					



MON 7. PARTECIPAZIONE AD ATTIVITÀ RICREATIVE O SOCIALI, (giocare a carte o a tombola o frequentare gruppi per fare qualcosa assieme, giocare con i nipotini)

- A. tutti i giorni o quasi
- B. circa 2 volte la settimana
- C. 1/4 volte al mese
- D. meno di 1 volta al mese
- E. mai o quasi

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A	<					
B	<					
C	<					
D	<					
E	<					

8. LETTURA DI LIBRI O GIORNALI O GUARDARE LA TELEVISIONE CON INTERESSE

- A. tutti i giorni o quasi
- B. circa 2 volte la settimana
- C. 1/4 volte al mese
- D. meno di 1 volta al mese
- E. mai o quasi

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A	<					
B	<					
C	<					
D	<					
E	<					

9. FARE QUALCOSA DI UTILE (contribuire alla pulizia, alla cucina, alla cura degli indumenti, cura dell'orto, fare lavoretti di riparazione, fare la maglia)

- A. tutti i giorni o quasi
- B. circa 2 volte la settimana
- C. 1/4 volte al mese
- D. meno di 1 volta al mese
- E. mai o quasi

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A	<					
B	<					
C	<					
D	<					
E	<					

MON 10. POSSIBILITÀ DI LASCIARLO SOLO/A

a) Di notte:

- A. Sì, anche solo.
- B. Sì, ma solo se c'è qualcuno nelle stanze accanto.
- C. No, deve esserci qualcuno nella sua stanza.

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A	<					
B	<					
C	<					

b) Durante il giorno (non considerare la consumazione dei pasti)

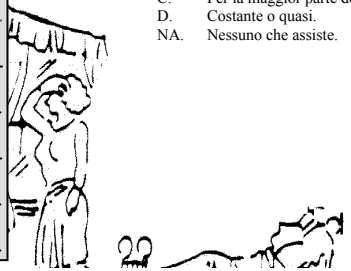
- A. Sì, tutto il giorno.
- B. Sì, mezza giornata.
- C. Sì, alcune ore.
- D. Sì, circa un'ora.
- E. Sì, fra 15 e 60 minuti.
- F. No, praticamente mai.

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A	<					
B	<					
C	<					
D	<					
E	<					
F	<					

9. CARICO ASSISTENZIALE DEL FAMILIARE CHE ASSISTE MAGGIORMENTE

MO 1. SENSO DI SOLITUDINE, E/O DI STRESS, E/O DI FATICA DEL FAMILIARE CHE ASSISTE.

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A <						
B <						
C <						
D <						
NA <						



A. Mai o quasi mai
 B. Qualche volta
 C. Per la maggior parte del tempo
 D. Costante o quasi.
 NA. Nessuno che assiste.

MO 2. LIMITAZIONI NELLA VITA SOCIALE, NELL'ATTIVITÀ DEL TEMPO LIBERO E NELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA DEL FAMILIARE CHE ASSISTE

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A <						
B <						
C <						
D <						
NA <						

D. Meno di 1-2 rinunce o difficoltà alla settimana

E. Rinunce, difficoltà più spesso, ma non nella maggior parte del tempo







F. Per la maggior parte del tempo non riesce a fare quello che farebbe se non dovesse assistere.

D. Costante o quasi: chi assiste non ha mai praticamente tempo per sé.





NA. Nessuno che assiste.

10. ADEGUATEZZA DELL'AMBIENTE DOMICILIARE

PROBLEMI EVENTUALI (barrare la casella se presenti)


	Mancanza del telefono	<input type="checkbox"/> SI	Eventuale intervento correttivo				
			<table border="0" style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Mese</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Anno</td> </tr> </table>			Mese	Anno
Mese	Anno						
	Impianto di riscaldamento assente o carente	<input type="checkbox"/> SI	<table border="0" style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Mese</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Anno</td> </tr> </table>			Mese	Anno
Mese	Anno						
	Assenza di acqua calda corrente	<input type="checkbox"/> SI	<table border="0" style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Mese</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Anno</td> </tr> </table>			Mese	Anno
Mese	Anno						
	Bagno o doccia interna assenti o non attrezzati per disabili	<input type="checkbox"/> SI	<table border="0" style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Mese</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Anno</td> </tr> </table>			Mese	Anno
Mese	Anno						
	Scarsa sicurezza apparecchi come stufa a gas o cucina a gas (per disorientati e non sorvegliati)	<input type="checkbox"/> SI	<table border="0" style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Mese</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Anno</td> </tr> </table>			Mese	Anno
Mese	Anno						
	Infissi e/o pareti rotti, scrostati, malandati	<input type="checkbox"/> SI	<table border="0" style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Mese</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Anno</td> </tr> </table>			Mese	Anno
Mese	Anno						

BARRIERE ARCHITETTONICHE

	Pericolo di inciampare (tappeti, piastrelle sconnesse)	<input type="checkbox"/> SI	Eventuale intervento correttivo				
			<table border="0" style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Mese</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Anno</td> </tr> </table>			Mese	Anno
Mese	Anno						
	Mancanza di ascensore (per chi non abita al piano terra)	<input type="checkbox"/> SI	<table border="0" style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Mese</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Anno</td> </tr> </table>			Mese	Anno
Mese	Anno						
	Inadeguatezza ascensore (dimensione insufficiente per far entrare una carrozzina)	<input type="checkbox"/> SI	<table border="0" style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Mese</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Anno</td> </tr> </table>			Mese	Anno
Mese	Anno						
	Gradini o barriere architettoniche, esterne all'abitazione, scale	<input type="checkbox"/> SI	<table border="0" style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Mese</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Anno</td> </tr> </table>			Mese	Anno
Mese	Anno						
	Gabinetto senza barre di appoggio o comunque insicuro	<input type="checkbox"/> SI	<table border="0" style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Mese</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Anno</td> </tr> </table>			Mese	Anno
Mese	Anno						
	Letto troppo basso o troppo alto	<input type="checkbox"/> SI	<table border="0" style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Mese</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Anno</td> </tr> </table>			Mese	Anno
Mese	Anno						
							
	Fermata del mezzo pubblico a più di 500 metri	<input type="checkbox"/> SI	<table border="0" style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Mese</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Anno</td> </tr> </table>			Mese	Anno
Mese	Anno						
	Negozi alimentari più vicino a più di 500 metri	<input type="checkbox"/> SI	<table border="0" style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Mese</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Anno</td> </tr> </table>			Mese	Anno
Mese	Anno						
	Farmacia più vicina a più di 500 metri	<input type="checkbox"/> SI	<table border="0" style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Mese</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Anno</td> </tr> </table>			Mese	Anno
Mese	Anno						

MON PULIZIA E ASSENZA DI RIFIUTI IN CASA

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A <						
B <						
C <						
D <						
NA <						



G. Nessun problema di pulizia, di ordine e assenza di rifiuti

H. Disordine e/o mancanza di pulizia, ma non in modo marcato

I. Assenza di pulizia e disordine immediatamente evidente

D. Grossa sporcizia ed accumulo di rifiuti e completo degrado ambientale.

Commenti

11. SINTESI DELL'ASSISTENZA

MON

Presenza di assistenza alla persona nei diversi giorni della settimana *scrivere un numero da 0 a 7 per l'igiene, preparazione e/o somministrazione pasti, aiuto domestico, compagnia, sorveglianza accompagnamento*. la colonna **0** riguarda la valutazione che precede l'intervento

1. PRIMA MATTINA
(risveglio e prima colazione)

	0°	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Familiari							
Assistente privata							
Amici, vicini, volontari							
Servizi							
Totale							

2. MATTINATA

	0°	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Familiari							
Assistente privata							
Amici, vicini, volontari							
Servizi							
Totale							

3. ORARIO DEL PRANZO

	0°	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Familiari							
Assistente privata							
Amici, vicini, volontari							
Servizi							
Totale							

4. POMERIGGIO

	0°	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Familiari							
Assistente privata							
Amici, vicini, volontari							
Servizi							
Totale							

5. ORARIO DI CENA

	0°	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Familiari							
Assistente privata							
Amici, vicini, volontari							
Servizi							
Totale							

6. NOTTE

	0°	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Familiari							
Assistente privata							
Amici, vicini, volontari							
Servizi							
Totale							

7. NUMERO DI INTERVENTI PER DISBRIGO PRATICHE BUROCRATICHE E TUTELA INTERESSI NELL'ULTIMO MESE

	0°	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Familiari							
Assistente privata							
Amici, vicini, volontari							
Servizi							
Totale							

Commenti

PRESTAZIONI DA EROGARE

8) Ente: _____

9) Data del primo piano |__|_| |__|_| |__|_|

10a-d) Cura ed aiuto alla persona	<input type="checkbox"/> 1 aiuto per l'igiene N° accessi settimanali __ _ <input type="checkbox"/> 2 somministrazione Pasti N° accessi settimanali __ _ <input type="checkbox"/> 3 altro aiuto (ad es. vestizione) N° accessi settimanali __ _ <input type="checkbox"/> 4 vigilanza sulla corretta assunzione dei farmaci N° accessi settimanali __ _
11a-d) Aiuto domestico	<input type="checkbox"/> 1 pulizia e manutenzione ambienti N° accessi settimanali __ _ <input type="checkbox"/> 2 spesa N° accessi settimanali __ _ <input type="checkbox"/> 3 preparazione pasti N° accessi settimanali __ _ <input type="checkbox"/> 4 recapito pasti a domicilio N° accessi settimanali __ _
12) Assistenza in periodo di ricovero in ospedale e in altre strutture	<input type="checkbox"/> 1 senza interventi di cura della persona <input type="checkbox"/> 2 con interventi di cura della persona
13a-c) Disbrigo pratiche burocratiche	<input type="checkbox"/> 1 rapporto con medico di famiglia e con ASL <input type="checkbox"/> 3 altro _____ <input type="checkbox"/> 2 segretariato sociale, rapporto con strutture, enti
14) Accompagnamento e intervento individuale di socializzazione	<input type="checkbox"/> 1 <i>Se sì, specificare:</i> _____ _____
15) socializzazione in gruppo	<input type="checkbox"/> 1 <i>Se sì, specificare N. incontri al mese</i> __ _ _____ _____
16) Centri diurni	<input type="checkbox"/> 1 per anziani fragili b) <i>Se sì, specificare n. giorni a settimana</i> __ _ <input type="checkbox"/> 2 per Alzheimer b) <i>Se sì, specificare n. giorni a settimana</i> __ _ <input type="checkbox"/> 3 altro b) <i>Se sì, specificare</i> _____
17) Teleassistenza	<input type="checkbox"/> 1 Sì
18) Telesoccorso	<input type="checkbox"/> 1 Sì
19) Interventi economici	<input type="checkbox"/> 1 Sì (<i>specificare durata, tipologia dell'intervento ed importo</i>) _____ _____
20a-c) Interventi straordinari nell'abitazione	<input type="checkbox"/> 1 pulizia <input type="checkbox"/> 2 manutenzione <input type="checkbox"/> 3 ristrutturazione
21) Servizio trasporto	<input type="checkbox"/> 1 Sì
22) Proposte di istituzionalizzazione	<input type="checkbox"/> 1 casa di riposo conv. <input type="checkbox"/> 3 lungodegenza conv 22a) Data proposta <input type="checkbox"/> 2 R.S.A. conv. <input type="checkbox"/> 4 struttura privata __ _ __ _ __ _
23) Forme di assistenza leggera (es. volontariato)	<input type="checkbox"/> 1 <i>Se sì, specificare:</i> _____ _____
24) Assistenza familiare (badante)	<input type="checkbox"/> 1 "Progetto insieme si può" <input type="checkbox"/> 2 altro _____
25) Inserimento in progetti sperimentali	<input type="checkbox"/> 1 <i>Se sì, specificare:</i> _____ _____
26) Altri interventi pianificati	<input type="checkbox"/> 1 <i>Se sì, specificare:</i> _____ _____
27) Costo mensile medio previsto	__ _ __ _ __ _ __ _ _____

