

ALLEGATO 1

DOMANDA DI INTERVENTO DI COMUNITA' PER ANZIANI

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. _____ AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. _____

Il Sig. /a (di seguito indicato RICHIEDENTE)

nato/a a (Prov.) il

residente in: Via.....

Città CAP..... Provinciatel.....

Sesso F M

MEDICO CURANTE

Nome e Cognome

Recapito del Medico:

In caso di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 (R) DPR 445/2000):

COGNOME NOME

il Sig./ a Residente in via

Città Cap..... Provincia tel.....

in qualità di:

persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare il tipo di rapporto) per conto del RICHIEDENTE

CHIEDE

l'attivazione degli interventi di Comunità per anziani di cui alla D.G.R n° 218/2012

**A TAL FINE AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445 E SS.MM.
DICHARA CHE**

IL RICHIEDENTE

è domiciliato presso il luogo di residenza

oppure

è domiciliato in via.....

Città Cap..... Provincia

presenta la certificazione ISEE familiare

Il sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm., dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri. Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello. Il sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

Di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm. che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione della misura economica per la non autosufficienza.

IL DICHIARANTE

(data) (firma)

(allegare fotocopia del documento di identità non scaduto)

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Data - IL SEGRETARIO

(Dott. Maurizio La Rocca)

01/06/2012 (Roberta Rossi)

ALLEGATO 2

**Scheda TECNICA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
per gli Interventi di Comunità per Anziani**

SIG. _____ nato a _____ il _____

VALUTAZIONE IADL

IADL (INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING)* *		0	1	2	3	4
CAPACITÀ' DI USARE IL TELEFONO						
MOVIMENTI PER ACQUISTI NEI NEGOZI						
MEZZI DI TRASPORTO						
RESPONSABILITÀ NELL'USO DEI MEDICINALI						
CAPACITÀ DI GESTIRE LE PROPRIE FINANZE						
TOTALE PUNTEGGIO IADL						
PUNTEGGIO CLASSE IADL	LEGENDA					
	1	maggiore o uguale a 10		AUTONOMO		
	3	9-6		PARZ. AUTONOMO		
	0	uguale o inferiore a 5		NON AUTONOMO		

**) MODIFICATA DA LAWTON M.P., BRODY E.M., GERONTOLOGIST 9, 179-186, 1969

[IA1]	A) capacità di usare il telefono	[4]	[3] usa il telefono di propria iniziativa, alza il microfono, compone il numero, ecc.	[2] compone solo alcuni numeri ben conosciuti	[1] è in grado di rispondere la telefono ma non di chiamare	[0] non usa
[IA2]	B) movimenti per acquisti nei negozi	[4]	[3] si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi	[2] è in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi	[1] necessita di essere accompagnato per qualsiasi giro di acquisti nei negozi	[0] non fa acquisti da solo
[IA3]	C) mezzi di trasporto	[4] si sposta da solo su mezzi pubblici o guida la propria suto	[3] organizza i propri spostamenti con taxi ma non usa mezzi pubblici	[2] usa mezzi pubblici se accompagnato da qualcuno	[1] può spostarsi solo con taxi o con auto con assistenza di altri	[0] non usa niente
[IA4]	D) Responsabilit à nell'uso dei medicinali	[4]	[3]	[2] è in grado di assumere medicinali nelle giuste dosi e nel giusto tempo	[1] è in grado di assumere medicinali se preparati in anticipo in dosi separate	[0] non assume da solo medicinali
[IA5]	E) capacità di gestire le proprie finanze	[4]	[3]	[2] gestisce le operazioni finanziarie in modo indipendente (bilancio, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca,...), raccoglie e tiene nota delle entrate	[1] gestisce gli acquisti ma necessita di aiuto per le operazioni bancarie, gli acquisti maggiori, ecc.	[0] non in grado di gestirsi
[IA6]	F) punteggio totale (A+B+C+D+E)					

Istruzioni per la compilazione della scala iadl (instrumental activities of daily living).

Le informazioni richieste nei 5 items possono essere raccolte dal soggetto stesso, quando abbia preservate le sue funzioni cognitive, oppure dall'ambiente o dal personale di assistenza che abbia avuto modo di osservare il soggetto.

Se la persona ha un punteggio IADL inferiore a 6 e quindi risulta non autosufficiente si deve valutare la possibilità di avviarlo verso altri percorsi più idonei o inserirlo nel progetto ad integrazione di altri interventi più intensivi.

VALUTAZIONE SOCIALE

1. SOSTEGNO SOCIALE

a) CONDIZIONE DI CONVIVENZA			
vive solo vive con il coniuge o convivente vive con n. ____ figli	vive con altri parenti (specificare _____) _____) vive con "badante"		
Note: (specificare se le persone con cui vive sono in grado di prestare assistenza, e/o se siano presenti particolari problematiche legate alla tossicodipendenza, alla salute mentale, ecc) : _____ _____ _____			
b) RETI DI AIUTO			
parenti	si	no	specificare _____
amici	si	no	specificare _____
vicini di casa	si	no	specificare _____
volontari	si	no	specificare _____
NOTE: In caso di presenza di persone che offrono sostegno sociale specificare dove vivono (nello stesso stabile, nello stesso quartiere/ frazione , nello stesso Comune, oppure altrove) _____ _____ _____			

PUNTEGGIO SOSTEGNO SOCIALE a) + b)

punti	
4	Vive solo con assistenza insufficiente, scarsissima o assente (sostegno insufficiente)
2,50	Vive solo con assistenza precaria per breve tempo (sostegno precario)
1,50	Vive solo con assistenza parziale e/o per un tempo limitato (sostegno soddisfacente)
0,50	Vive solo ma con assistenza completa per il tempo necessario (sostegno ottimale)
3	Vive con parenti con assistenza insufficiente, scarsissima o assente (sostegno insufficiente)
2	Vive con parenti con sostegno precario per un tempo limitato o assistenza parziale (sostegno precario)
1	Vive con parenti con assistenza parziale e/o per un tempo limitato (sostegno soddisfacente)
0	Vive con parenti con assistenza completa per il tempo necessario (sostegno ottimale)

2. CONDIZIONE ABITATIVA

centro abitato	frazione	casa isolata	
n° vani	piano	ascensore	si no
Barriere architettoniche interne all'abitazione		si	no
Specificare _____			
Barriere architettoniche esterne all'abitazione		si	no
specificare _____			
servizi igienici		riscaldamento	
assenza esterni interni senza bagno e/o doccia interni con bagno e/o doccia		assente centrale autonomo stufa elettrica stufa a gas o cherosene stufa a legna o carbone	

PUNTEGGIO SCHEDA CONDIZIONE ABITATIVA

ABITAZIONE	Punti	SERVIZI IGIENICI	Punti
Casa isolata	1	Assenza	1
frazione	0,50	Esterni	0,50
Barriere architettoniche	0,25	Interni senza bagno e/o doccia	0,25
Al 1° piano (o oltre) senza ascensore	0,25	Interni con bagno e/o doccia	0
Centro abitato	0		

RISCALDAMENTO	Punti
Assenza di riscaldamento	1
Stufa a legna o carbone	0,50
Stufa a gas, elettrica o cherosene	0,25
Centrale o autonomo	0

VALUTAZIONE SOCIALE DI SINTESI

	Punteggio
PUNTEGGIO CLASSE IADL	
PUNTEGGIO SOSTEGNO SOCIALE	
PUNTEGGIO ABITAZIONE	
PUNTEGGIO SERVIZI IGIENICI	
PUNTEGGIO RISCALDAMENTO	
TOTALE	

INTERVENTI ATTIVI	si	punteggio
Badante (assistente familiare) sulle 24 ore		- 4
Assistenza Domiciliare tutelare familiare		- 1
Assegno Servizi o Titoli di acquisto o Contributo Economico alternativo al ricovero		- 3
Centro diurno		- 1
Affido anziani		- 2
TOTALE PUNTEGGIO INTERVENTI ATTIVI		

ESITO VALUTAZIONE

Punteggio complessivo	
TOTALE PUNTEGGIO VALUTAZIONE SOCIALE	-
TOTALE PUNTEGGIO INTERVENTI ATTIVI	=
TOTALE PUNTEGGIO	

ISEE si no

Importo ISEE € _____

data di scadenza _____

Descrizione della richiesta e eventuali precisazioni sul tipo di attività richiesta

Data valutazione finale _____

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott. Maurizio La Rocca)

Data - IL SEGRETARIO

01/06/2012 (Roberta Rossi)

A CURA DELLA COMMISSIONE DISTRETTUALE

Definizione del PIA a seconda della valutazione della CLASSE DI RISCHIO:

	CLASSE RISCHIO 1 (punteggio sociale da 0 a 3,5)	CLASSE RISCHIO 2 (punteggio sociale da 4 a 7,5)	CLASSE RISCHIO 3 (punteggio sociale oltre 8)
NUMERO VISITE SETTIMANALI	1	2	3

ATTIVITA' a cura di: custode volontario

(descrizione) _____

Giornate di attività: _____

Nominativo custode _____

Cell _____

Associazione di Volontariato _____ Nominativo del Volontario _____

Tel. _____

Data inizio attività _____

Data Commissione _____

Firma _____

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott. Maurizio La Rocca)

Data - IL SEGRETARIO

01/06/2012 (Roberta Rossi)

ALLEGATO 3

QUESTIONARIO DA SOTTOPORRE ALLE PERSONE AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA.

Cognome.....Nome.....

(Egregio Signore/Genti/e Signora, La preghiamo di rispondere a//e seguenti domande facendo una crocetta sul sì o sul no)

1. VIVE DA SOLO?

SI	NO	1
----	----	---

2. CI VEDE ABBASTANZA DA LEGGERE I TITOLI DEI GIORNALI, ANCHE UTILIZZANDO GLI OCCHIALI?

SI	NO	2
----	----	---

3. SI STANCA MOLTO A FARE LE COSE DI TUTTI I GIORNI?

SI	NO	3
----	----	---

4. HA PROBLEMI DI MEMORIA?

SI	NO	4
----	----	---

5. È MAI CADUTO NEGLI ULTIMI 6 MESI?

SI	NO	5
----	----	---

6. È STATO RICOVERATO IN OSPEDALE O SI È RECATO AL PRONTO SOCCORSO NEL CORSO DEGLI ULTIMI 6 MESI?

SI	NO	6
----	----	---

7. HA DIFFICOLTÀ A CAMMINARE PER 400 METRI IN PIANURA?

SI	NO	7
----	----	---

8. ASSUME REGOLARMENTE (TUTTI I GIORNI O QUASI) 5 O PIÙ FARMACI?

SI	NO	8
----	----	---

9. È DIMAGRITO PIÙ DI 3 KG NELL'ULTIMO ANNO, SENZA VOLERLO?

SI	NO	9
----	----	---

10. PUÒ FACILMENTE CONTARE SULL'AIUTO DI UNA PERSONA IN CASO DI BISOGNO?

SI	NO	10
----	----	----

11. SOLITAMENTE, È IN GRADO DI VESTIRSI E SVESTIRSI SENZA L'AIUTO DI ALTRE PERSONE?

SI	NO	11
----	----	----

Il/la sottoscritto/a

COGNOME.....NOME.....

autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L.vo196103 e successive modifiche.

Firma _____

ALLEGATO 4

SCHEMA DI RACCOLTA DEGLI INDICATORI DI VALUTAZIONE DEL PROGETTO

Distretto Sociosanitario n.

Numero casi di Soccorso Sociale	
Numero di MMG contattati E/O coinvolti nel Progetto Individualizzato	
Numero di nuove Associazioni di Volontariato coinvolte nello sviluppo del progetto	
Numero Anziani coinvolti con attività di volontariato	
Numero di Anziani seguiti dai Custodi Sociali	
Numero Volontari impegnati nel progetto (Allegare anagrafica Volontari)	

FINE TESTO

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott. Maurizio La Rocca)

Data - IL SEGRETARIO

01/06/2012 (Roberta Rossi)