

Valutazione dei bisogni socio-assistenziali

1

La valutazione dei bisogni socio-assistenziali si basa in primo luogo sulla raccolta di dati da parte delle strutture alle quali gli utenti si rivolgono nel momento in cui hanno bisogno di accedere ai servizi. Si tratta di una pratica che si gestisce a livello locale, prevalentemente da parte del **Segretario Sociale**, che fornisce informazioni e consulenza professionale all'utente per l'accesso ai servizi. Per la raccolta di dati gli operatori si avvalgono di questionari che interrogano sulle situazioni di bisogno e sulle condizioni di vita.



Di seguito, è riportato un esempio di scheda per la valutazione dei bisogni socio-assistenziali.

Prima somministrazione (entro la prima metà di luglio)
Valutazione dei bisogni socio-assistenziali
(da utilizzarsi nella prima visita a domicilio)

1. Dati anagrafici

| | | |
|---|------------------------|-----------|
| Signor/a _____ | | |
| Nato/a a: _____ | Provincia _____ | il: _____ |
| Residente in Via/Piazza _____ | | N. _____ |
| Domiciliato in (solo se diverso dalla residenza) _____ | | |
| Piano: _____ | Numero Telefono: _____ | |
| Codice fiscale _____ | | |
| Numero identificativo anagrafico (da elenco "Anziani fragili": campo "NIANZIANO") _____ | | |

2. Stato civile

celibe/nubile già coniugato/a, divorziato/a dal _____
coniugato/coniugata vedovo/a dal _____

3. Titolo di studio

Laurea Diploma Lic. Media inf. Licenza elementare Nessun Titolo

4. Condizione di convivenza

4.1 Vive Solo

4.2 Vive con:

coniuge figli genitori fratelli altri parenti altri (non parenti)

4.3 In famiglia ci sono conviventi non autonomi NO SI N. _____

5. Rete parentale

5.1 Figli fuori dal nucleo NO SI N. _____:

stesso stabile stesso quartiere in città prima cintura altro _____

5.2 Fratelli/sorelle fuori dal nucleo NO SI N. _____

stesso stabile stesso quartiere in città prima cintura altro _____

5.3 Altri (specificare) _____

6. Difficoltà nelle funzioni (motorie, ADL , IADL)

6.1 Difficoltà motorie

Può scendere o salire da solo una rampa di scale senza fermarsi ?

- SI, senza difficoltà
- SI, con qualche difficoltà
- SI, con molta difficoltà
- NO, non è in grado

6.2 Scala ADL (parziale, senza incontinenza)

6.2.1 Può mettersi a letto o alzarsi dal letto da solo ?

- senza difficoltà
- con qualche difficoltà
- solo con l'aiuto di qualcuno

6.2.2 Può vestirsi o spogliarsi da solo ?

- senza difficoltà
- con qualche difficoltà
- solo con l'aiuto di qualcuno

6.2.3 Può farsi il bagno o la doccia da solo ?

- senza difficoltà
- con qualche difficoltà
- solo con l'aiuto di qualcuno

6.2.4 Può lavarsi le mani ed il viso da solo ?

- senza difficoltà
- con qualche difficoltà
- solo con l'aiuto di qualcuno

6.2.5 Può mangiare da solo anche tagliandosi il cibo ?

- senza difficoltà
- con qualche difficoltà
- solo con l'aiuto di qualcuno

6.3 Scala IADL (parziale, escluso fare il bucato)

6.3.1 Abitualmente è in grado di usare il telefono ?

- SI, usa il telefono autonomamente
- Compone solo alcuni numeri ben noti
- Risponde al telefono, ma non chiama
- NO, non è in grado di usare il telefono

6.3.2 Abitualmente è in grado di fare la spesa ?

- SI, in modo completamente autonomo
- SI, ma solo per piccoli acquisti
- SI, ma deve essere accompagnato
- NO, non è in grado di fare la spesa (anche se accompagnato)

6.3.3 Abitualmente è in grado di preparare i pasti ?

- SI, è in grado di preparare pasti completi da solo
- SI, ma solo se vengono forniti tutti gli ingredienti
- SI, riscalda e serve pasti solo se preparati da altri (o prepara pasti non completi)
- NO, i pasti devono essere preparati e serviti da altri

6.3.4 Abitualmente è in grado di curare la casa ?

- SI, sa tenere la casa in ordine solo o con l'aiuto occasionale (per i lavori più pesanti)
- SI, ma solo per i compiti quotidiani più semplici (lavare i piatti, fare i letti)
- SI, ma ha bisogno di aiuto in tutti i lavori domestici
- NO, non è in grado di occuparsi di alcuna attività di cura della casa

6.3.5 Abitualmente è in grado di utilizzare i mezzi di trasporto ?

- SI, viaggia autonomamente (con mezzi pubblici e/o con auto propria)
- SI, ma solo con il taxi ma non usa mezzi pubblici
- SI, viaggia su mezzi pubblici ma solo se è accompagnato
- SI, viaggia con taxi o auto con accompagnatore
- NO, non è in grado di utilizzare mezzi di trasporto

6.4 Uso di ausili:

- 6.4.1 carrozzina
- 6.4.2 bastone
- 6.4.3 girello
- 6.4.4 altro (specificare)

7. Reti sociali

7.1 Con che frequenza vede parenti e amici? (Senza considerare le persone che vivono con lei)
(Una risposta ogni riga)

Ne vede almeno uno

| | Non ne ho | Spesso | Qualche volta | Raramente | Mai |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7.1.1. Figli/e, generi/nuore | <input type="checkbox"/> |
| 7.1.2. Fratelli/sorelle, cognati/e | <input type="checkbox"/> |
| 7.1.3. Nipoti | <input type="checkbox"/> |
| 7.1.4. Altri parenti | <input type="checkbox"/> |
| 7.1.5. Amici | <input type="checkbox"/> |

7.2 Abitualmente frequenta dei centri di incontro (ad esempio centri della circoscrizione, bocciofile, gruppi parrocchiali) ?

- 7.2.1. Tutti i giorni.....
- 7.2.2. Qualche volta alla settimana.....
- 7.2.3. Una volta alla settimana
- 7.2.4. Qualche volta al mese.....
- 7.2.5. Qualche volta all'anno.....
- 7.2.6. Mai

8. Sintesi dei bisogni assistenziali (necessità di supporto/assistenza)

N. ORE SCOPERTE

- 8.1 Giorno e notte _____
- 8.2 Solo di giorno _____
- 8.3 Solo di notte _____
- 8.4 Solo nei festivi _____

9. Grado consapevolezza proprie condizioni e bisogni

Buona Sufficiente Scarsa Nulla

10 Condizioni abitative

- 10.1 Centro abitato con servizi accessibili/vicini
- 10.2 Centro abitato con servizi non accessibili/lontani
- 10.3 Frazione o casa isolata
- 10.4 N. vani _____ (esclusi servizi, cucina, ingresso) 10.5 Piano _____
- 10.6 Ascensore NO SI SI ma non idoneo
- 10.7 Barriere Architettoniche esterne: SI NO Specificare _____

10.8 Barriere Architettoniche interne: SI NO

Se si:

10.9 Vani porta non adeguati alle esigenze della persona

10.10 Presenza eccessiva di mobili e/o materiali a deposito

10.11 Altro (specificare) _____

11. Servizi igienici

11.1 Interni con bagno e/o doccia

11.2 Interni con bagno e/o doccia non accessibili/non utilizzabili

11.3 Interni senza bagno e/o doccia

11.4 Esterni

12. Titolo di godimento dell'abitazione

12.1 alloggio di proprietà 12.2 alloggio in usufrutto 12.3 assegnatario case popolari

12.4 alloggio in affitto 12.5 contratto registrato 12.6 contratto non registrato

12.7 ospite di parenti

si evidenziano problemi sulla condizione abitativa (sfratto, ordinanza di sgombero ... *specificare*):

.....

13. Tipo di riscaldamento

13.1 Centrale o autonomo 13.2 Stufa a gas, cherosene o altro

13.3 Necessità interventi manutentivi SI NO

14. Climatizzazione degli ambienti

Disponibilità di ambienti con aria condizionata SI NO

15. Condizione economica dichiarata

Nell'ultimo anno, ci sono stati momenti o periodi in cui la sua famiglia non aveva i soldi per:
(*possibili più risposte*)

| <i>Tipo di spesa</i> | <i>spesso</i> | <i>qualche volta</i> | <i>mai</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15.1 Comprare il cibo necessario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15.2 Comprare vestiti di cui c'era bisogno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15.3 Pagare le spese per malattie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15.4 Pagare l'affitto dell'abitazione in cui vive la famiglia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15.5 Pagare le spese per i trasporti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15.6 Pagare dei debiti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Rilevazione dei comportamenti

1. Alimentazione

1.1 Segue una dieta speciale o un regime dietetico particolare? (iposodico, dimagrante, ecc)

No (passare alla domanda 2) Sì

(Se sì)

1.2 La dieta o il regime dietetico è stata prescritta da un medico?

No Sì

1.3 Che tipo di dieta alimentare osserva?

1.3.1 Ipocalorica (dimagrante)

1.3.2 Iposodica (con poco sale)

1.3.3 Ipoglicemica (con pochi amidi e zuccheri)

1.3.4 Altro

2. Qual è il suo pasto principale ?

2.1 Prima colazione

2.2 Pranzo

2.3 Cena

3. Nell'ultimo mese aveva l'abitudine di fare la prima colazione?

(possibili più risposte)

3.1 NO

3.2 SÌ, bevo bevande come thè o caffè.....

3.3 SÌ, bevo latte, o caffèlatte, o cappuccino.....

3.4 SÌ, mangio qualcosa (biscotti, fette biscottate, pane, brioche, yogurt, cereali, succhi di frutta ecc).

4. Nell'ultimo mese aveva l'abitudine di fare almeno uno spuntino fra i pasti principali?

4.1 Fra la colazione e il pranzo NO SÌ

4.2 Fra il pranzo e la cena NO SÌ

5. Nell'ultimo mese con quale frequenza ha consumato frutta fresca e verdura fresca o surgelata? (una risposta per ogni riga)

| | Più di una volta al giorno | Una volta al giorno | Qualche volta alla settimana | Meno di una volta alla settimana | Mai |
|--------------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| 5.1 Frutta fresca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.2 Verdura fresca o surgelata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Nell'ultimo mese con quale frequenza ha consumato alimenti in scatola (esclusi i pelati o le conserve di pomodoro)?

| | Più di una volta al giorno | Una volta al giorno | Qualche volta alla settimana | Meno di una volta alla settimana | Mai |
|--|----------------------------|--------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Bevande

7.1 Nell'ultimo mese, in totale, quanta acqua e bibite ha bevuto giornalmente?

| | | | |
|----------------------------|---------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Oltre 1 litro al giorno | Da ½ litro ad un litro | 1-2 bicchieri (meno di ½ litro) | Più raramente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7.2 Nell'ultimo mese in quale quantità ha consumato le bevande seguenti in una giornata?
(una risposta per ogni riga)

| | | | | |
|-------------|----------------------------|---------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| | Oltre 1 litro al giorno | Da ½ litro ad un litro | 1-2 bicchieri (meno di ½ litro) | Più raramente |
| 7.2.1 Birra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.2.2 Vino | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7.3 Le capita di bere vino o alcoolici fuori dai pasti?

| | | | |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Tutti i giorni | Qualche volta alla settimana | Più raramente | Mai |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7.4 Nell'ultimo mese quante volte al giorno ha bevuto tè non decaffeinato o caffè non decaffeinato?

| | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | Mai | 1-2 volte al giorno | più di 2 volte al giorno |
| 7.4.1 tè non decaffeinato | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.4.2 caffè non decaffeinato | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Tempo libero

8.1 Negli ultimi due mesi si è recato in una qualche località di villeggiatura (mare, montagna) ?

NO SI

8.2 Se sì, per quanto tempo ?

Meno di una settimana Una settimana Due o più settimane

8.3 Negli ultimi due mesi le è capitato di frequentare dei locali pubblici con l'aria condizionata (centri di incontro, biblioteche) ?

| | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Tutti i giorni | Una volta alla settimana | Qualche volta alla settimana | Qualche volta al mese | Qualche volta all'anno | Mai |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Fonti di informazione sulla salute

9.1 Quali sono le fonti che lei utilizza normalmente per informarsi su stili di vita e comportamenti che favoriscono un buon stato di salute ? (Possibili più risposte)

| | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| 9.1.1 Familiari e/o parenti | <input type="checkbox"/> | 9.1.6 Medico | <input type="checkbox"/> |
| 9.1.2 Amici | <input type="checkbox"/> | 9.1.7 Materiali distribuiti dal medico di base | <input type="checkbox"/> |
| 9.1.3 Vicini | <input type="checkbox"/> | 9.1.8 Farmacie | <input type="checkbox"/> |
| 9.1.4 Televisione, radio | <input type="checkbox"/> | 9.1.9 Altro (specificare) | <input type="checkbox"/> |
| 9.1.5 Riviste | <input type="checkbox"/> | | |

9.2 Ha letto il volantino sul caldo che le è stato spedito dal Comune?

NO SI

9.3 Se sì, le è stato utile?

NO SI

10. Condizioni di salute

10.1 Come va in generale la sua salute?

Molto male Male Discretamente Bene Molto bene

11. Malattie croniche (auto riferite)

E' affetto da una o più delle seguenti malattie o condizioni patologiche? Se sì, è stata diagnosticata da un medico? Prende farmaci o fa terapie? *(rispondere a ciascuna domanda)*

| | E' affetto? | | E' stata diagnosticata dal medico? | | Prende farmaci o fa terapie? | | E' stato ricoverato per questo problema? | |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| | NO | SI' | NO | SI' | NO | SI' | NO | SI' |
| 11.1 Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.2 Diabete | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.3 Ipertensione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.4 Cardiopatia ischemica (<i>Infarto del miocardio Angina pectoris</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.5 Altre malattie del cuore | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.6 Ictus, emorragia cerebrale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.7 Malattie respiratorie (<i>Bronchite cronica, enfisema</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.8 Ansietà cronica e depressione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.9 Alzheimer, demenze senili | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.10 Parkinsonismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.11 Altre malattie del sistema nervoso (<i>es. sclerosi multipla</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Sintomi di malattia da calore

Negli ultimi due mesi ha avuto uno o più dei seguenti problemi/sintomi ?

| PROBLEMA / SINTOMO | NO | SI' |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 12.1 di respirazione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.2 di febbre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.3 di svenimento/caduta (1) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.4 nel parlare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.5 di vigilanza (2) / lucidita' (3) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.6 di debolezza in qualche parte del corpo (4) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.7 di mal di testa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.8 di vomito o diarrea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.9 di deglutizione (5) o di appetito (6) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.9 di crampi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1. C'è stato uno svenimento, oppure l'anziano si sente svenire.
2. La persona è rallentata, assonnata, se ci si rivolge a lei in tono imperioso non reagisce ai richiami e non ritorna alla normalità.
3. La persona non capisce bene dove si trova e scambia gli orari della giornata, fa degli errori se deve ricordare le cose che ha fatto.
4. Ha le gambe così deboli che non lo reggono più, oppure non riesce ad alzare un braccio o una mano per tenere le posate.
5. Tossisce quando beve un sorso d'acqua, come se le andasse "di traverso".
6. Mangia solo un quarto di quello che mangia normalmente nella giornata, oppure di meno.

| |
|------------------------------|
| Data rilevazione _____ |
| Nome Cognome OPERATORE _____ |
| Firma OPERATORE _____ |