



Fondazione
Scarpari Forattini
onlus

MODULO DI CONSENSO ALLE CURE DOMICILIARI

Il/La sottoscritt _____ nato/a il _____
a _____ residente a _____
in Via _____ telefono _____

DICHIARA

di acconsentire all'attivazione del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) al proprio domicilio con il piano di cura previsto dal profilo assistenziale _____ attivato dal giorno _____.

Data

Firma Assistito/ tutore/ amministratore di sostegno

Inoltre, visto il D.lgs. 196/2003, autorizza il trattamento dei dati sensibili per le finalità inerenti l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI).

Data

Firma Assistito/ tutore/ amministratore di sostegno



Fondazione
Scarpari Forattini
onlus

CONSENSO INFORMATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI DEGLI UTENTI DEI SERVIZI DOMICILIARI

La informiamo, ai sensi dell'art.13 del **Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs 196/03)**, che i dati personali da Lei forniti a questo ente, ovvero altrimenti acquisiti dal medesimo nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti, inerenti, connessi e/o strumentali ai servizi assistenziali/sanitari offerti, formeranno oggetto di trattamento con l'ausilio di mezzi elettronici, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e del segreto professionale e d'ufficio.

La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria, ma ricordiamo che l'ente non può prescindere, nell'espletamento dei suoi compiti di tutela sanitaria e nell'esecuzione delle procedure amministrative, dall'acquisire direttamente da Lei o tramite altra documentazione medica in Suo possesso o tramite accertamenti o visite, tutti i dati relativi alla persona da assistere ritenuti utili ai fini clinici. **In mancanza del conferimento di dati, l'ente non può accogliere la richiesta di prestazione dei servizi.**

Per i dati necessari e sufficienti, sarà fatta comunicazione di essi all'interno dell'Ente a tutto il personale incaricato, ed all'esterno dell'ente a:

- ASL, Assessorato Regionale alla Sanità, Assicurazioni ed enti previdenziali per ragioni amministrative;
- Organi preposti alla vigilanza in materia sanitaria e polizia giudiziaria per ragioni ispettive o per la stesura di certificazioni e referti;
- Altre strutture sanitarie per la richiesta di particolari accertamenti ed analisi;
- Enti di ricerca scientifica in campo statistico, epidemiologico, biomedico e clinico.

Per ulteriori garanzie, La informiamo che:

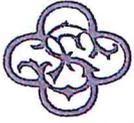
- tutto il personale è stato informato al rispetto del D.Lgs. 196/03;
- in relazione ai predetti trattamenti potrete esercitare tutti i diritti di cui all'art.7 del D.Lgs. 196/03, che alleghiamo, tra cui in particolare il diritto di conoscere i Vostri dati personali registrati, ottenerne la cancellazione, quando consentito dalla legge, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione e opporVi a trattamenti specifici;
- il responsabile del trattamento dei dati è il Legale Rappresentante della Fondazione.

In particolare, ai sensi dell'art.81 del D.Lgs. 196/03, che prevede che l'interessato o colui che lo rappresenta debba esprimere per iscritto il proprio consenso per il trattamento dei dati relativi alla salute, la preghiamo di esprimere la sua volontà nella formula qui di seguito scritta.

PER CONSENSO

Il sottoscritto _____ in qualità di:

- assistito
- tutore
- amministratore di sostegno



Fondazione
Scarpari Forattini
onlus

D.Lgs. 30 giugno, n.196

(S.O. n. 123/L alla Gazzetta Ufficiale n. 174 del 29 luglio 2003)

Codice in materia di protezione dei dati personali

(estratto)

Art.7

Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intellegibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità di trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante legale designato ai sensi dell'articolo 5; comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rileva impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.



Fondazione
Scarpari Forattini
onlus

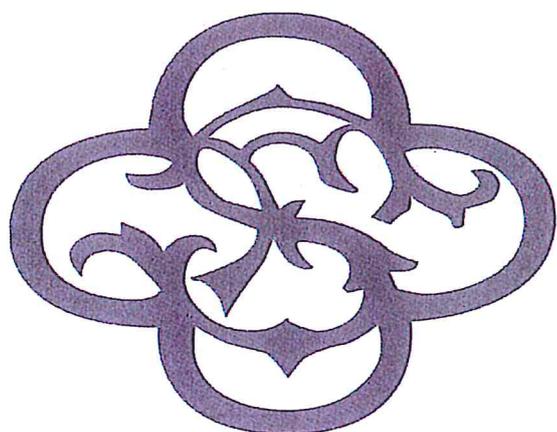
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____

dichiara di aver appreso consapevolmente quanto descritto nell'informativa sopra riportata e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che riguardano l'interessato.

Acconsento, inoltre, a che possa essere data informazione

- a nessuno
- solo a _____
- a tutti coloro che lo richiedono



Fondazione
Scarpari Forattini
onlus

CARTELLA CLINICA
INFERMIERISTICA
Assistenza Domiciliare Integrata



Fondazione
Scarpari Forattini
onlus

PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO (PAI)

| | |
|------------------------------------|--|
| Nome e cognome | |
| Età | |
| Sesso | |
| Residenza | |
| Stato civile | |
| Data di presa in carico | |
| Utente proveniente da | <input type="radio"/> domicilio <input type="radio"/> residenzialità <input type="radio"/> ospedale <input type="radio"/> altro |
| Occupazione | |
| Principali problemi di salute | |
| Motivo di attivazione servizio ADI | |
| Care giver: | |
| Deficit cronici: | <input type="radio"/> visivi <input type="radio"/> uditivi |
| Usa ausili per la mobilizzazione | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Quali ----- |
| Usa ausili per incontinenza | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Quali ----- |



Fondazione
Scarpari Forattini
onlus

| | |
|-----------------------------------|---|
| Usa ausili per la sicurezza | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Quali _____ |
| Terapia farmacologica domiciliare | |
| Conoscenza della lingua italiana | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| Allergie/intolleranze alimentari: | |
| Positività a malattie infettive: | |

Bisogni dell'utente emersi dalla valutazione multidimensionale di 2° livello:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Bisogni dei famigliari che vengono coinvolti per il supporto dell'utente:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

| | | SCALA DI BRADEN | | | | PUNTI |
|---|--|---|--|---|---------------|-------|
| | | VARIABILI | | | | |
| INDICATORI | 4 | 3 | 2 | 1 | | |
| PERCEZIONE SENSORIALE Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla posizione | Non limitata Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio | Leggermente limitata Risponde agli ordini verbali, ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione <u>OPPURE</u> ha limitata capacità di avvertire il dolore o il disagio in una o due estremità | Molto limitata Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi <u>OPPURE</u> ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore o disagio almeno per la metà del corpo | Completamente limitata Non vi è risposta allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza o della sedazione o della limitata capacità di percepire il dolore in molte zone del corpo | | |
| UMIDITA' Grado di esposizione della pelle all'umidità | Raramente bagnato La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli regolari | Occasionalmente bagnato La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra una volta al giorno | Spesso bagnato Pelle sovente, ma non sempre, umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno 3 volte al giorno | Costantemente bagnato La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione dell'urina, ecc. Ogni volta che l'utente si muove o si gira lo si trova sempre bagnato | | |
| ATTIVITA' Grado di attività fisica | Cammina frequentemente Cammina per casa almeno ogni due ore (al di fuori delle ore di riposo) | Cammina occasionalmente Cammina occasionalmente durante il giorno ma per brevi distanze con o senza aiuto. Trascorre la maggior parte del giorno a letto o sulla sedia | In poltrona Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia o sulla sedia a rotelle | Completamente allettato Costretto a letto | | |
| MOBILITA' Capacità di cambiare e di controllare le posizioni del corpo | Limitazioni assenti Si sposta frequentemente e senza assistenza | Parzialmente limitata Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo | Molto limitata Cambia occasionalmente posizione del corpo e delle estremità, ma è incapace di fare frequenti e significativi cambiamenti di posizione senza aiuto | Completamente immobile Non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza | | |
| NUTRIZIONE Assunzione usuale al cibo | Eccellente Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai un pasto: talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori | Adeguate Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più di proteine al giorno. Usualmente assume integratori <u>OPPURE</u> si alimenta artificialmente con NTP, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario | Probabilmente adeguata Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne latticini al giorno, occasionalmente integratori alimentari <u>OPPURE</u> riceve meno della quantità ottimale di dieta liquida o enterale | Molto povera Non mangia mai un pasto completo, raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. Assume pochi liquidi e nessun integratore <u>OPPURE</u> è a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande per più di 5 giorni | | |
| FRIZIONE/SCIVOLAMENTO | | Senza problemi apparenti Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo e ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti | Problema potenziale Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con la lenzuola o con il piano della poltrona, occasionalmente può slittarne | Problema Richiede massima assistenza nei movimenti. Spesso scivola nel letto o nella poltrona, richiede posizionamenti. Sono presenti spasticità o agitazione che determina attrito contro il piano del letto o poltrona | | |
| FIRMA | | | | | TOTALE | |
| PUNTEGGIO | O Punteggio | | | | | |
| | O Punteggio | | | | | |
| | | | | | | |

23 - 17 = rischio-lieve
16- 6 = rischio medio-alto



TINETTI SCALE

| Equilibrio | | Andatura | |
|-------------------|--|-----------------|---|
| 1 | Equilibrio da seduto Si inclina scivola dalla sedia E' stabile, sicuro | 10 | Inizio della deambulazione Una certa esitazione, o più tentativi Nessuna esitazione |
| | 0 1 | | 0 1 |
| 2 | Alzarsi dalla sedia E' incapace senza aiuto Deve aiutarsi con le braccia Si alza senza aiutarsi con le braccia | 11 | Lunghezza ed altezza del passo Piede dx Il piede dx non supera il sx Il piede dx supera il sx Il piede dx non si alza completamente dal pavimento Il piede dx si alza completamente dal pavimento Piede sx Il piede sx non supera il dx Il piede sx supera il dx Il piede sx non si alza completamente dal pavimento Il piede sx si alza completamente dal pavimento |
| | 0 1 2 | | 0 1 0 1 0 1 |
| | Tentativo di alzarsi E' incapace senza aiuto Capace, ma richiede più di un tentativo Capace al primo tentativo | | |
| | 0 1 2 | | 0 1 0 1 |
| 4 | Equilibrio nella stazione eretta (primi 5 sec.) Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) Stabile grazie all'uso di bastone o altri ausili Stabile senza ausili | 12 | Simmetria del passo Il passo dx e il sx non sembrano uguali Il passo dx e il sx sembrano uguali |
| | 0 1 2 | | 0 1 |
| 5 | Equilibrio nella stazione eretta prolungata Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) Stabile, ma a base larga (i malleoli mediali distano >10 cm) Stabile, a base stretta, senza supporti | 13 | Continuità del passo Interrotto o discontinuo Continuo |
| | 0 1 2 | | 0 1 |
| 6 | Romberg Instabile Stabile | 14 | Traiettoria Deviazione marcata Deviazione lieve o moderata, o uso di ausili Assenza di deviazione e di uso di ausili |
| | 0 1 | | 0 1 2 |
| 7 | Romberg sensibilizzato Comincia a cadere Oscilla, ma si riprende da solo Stabile | 15 | Tronco Marcata oscillazione o uso di ausili Flessione ginocchia o schiena, o allargamento delle braccia Nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia o ausili |
| | 0 1 2 | | 0 1 2 |
| 8 | Girarsi di 360 gradi A passi discontinui A passi continui Instabile Stabile | 16 | Cammino I talloni sono separati I talloni quasi si toccano durante il cammino |
| | 0 1 0 1 | | 0 1 |
| | TOTALE EQUILIBRIO | | TOTALE ANDATURA |
| | _/16 | | _/12 |
| 9 | Sedersi Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia) Usa le braccia, o ha un movimento discontinuo Sicuro, movimento continuo | | Legenda: punteggi uguali o inferiori a 1 indicano un soggetto non deambulante punteggi tra 2 e 19 deambulante a rischio caduta punteggi uguali o superiori a 20 indicano un soggetto deambulante a basso rischio di caduta |
| | 0 1 2 | | |
| | TOTALE EQUILIBRIO | | |
| | _/16 | | |

TOTALE Andatura + Equilibrio

___/28



Fondazione
Scarpari Forattini
onlus

INDICE DI BARTHEL MODIFICATO

Cognome e Nome _____

Età _____

| | | | | | | Data | |
|----------------------|--------|---|---|----|----|-----------|--|
| Items | Codice | | | | | Punteggio | |
| | A | B | C | D | E | | |
| IGIENE PERSONALE | 0 | 1 | 3 | 4 | 5 | | |
| FARE IL BAGNO | 0 | 1 | 3 | 4 | 5 | | |
| MANGIARE | 0 | 2 | 5 | 8 | 10 | | |
| USARE IL W.C. | 0 | 2 | 5 | 8 | 10 | | |
| FARE LE SCALE | 0 | 2 | 5 | 8 | 10 | | |
| VESTIRSI | 0 | 2 | 5 | 8 | 10 | | |
| CONTROLLO URINE | 0 | 2 | 5 | 8 | 10 | | |
| CONTROLLO ALVO | 0 | 2 | 5 | 8 | 10 | | |
| CAMMINARE | 0 | 3 | 8 | 12 | 15 | | |
| *CARROZZINA | 0 | 1 | 3 | 4 | 5 | | |
| TRASFERIMENTI | 0 | 3 | 8 | 12 | 15 | | |
| Totale (range 0-100) | | | | | | | |

Codice
A = incapace di compiere l'azione
B = tentativi di compiere l'azione ma non affidabili
C = richiede aiuto moderato
D = richiede aiuto minimo
E = completamente indipendente

Punteggi Barthel: 0-20 = totalmente dipendente
21-60 = dipendenza severa
61-90 = dipendenza moderata
91-99 = dipendenza minima
100 = autosufficienza

* Da compilare solo se incapace a camminare



Fondazione
Scarpari Forattini
ordus

VALUTAZIONE DEI RISULTATI

DATA: _____

OBIETTIVI RAGGIUNTI (se non raggiunti o solo in parte darne motivazione)

- Si
- No
- In parte

Motivazione:

| | | |
|-------------|-------------|--|
| Sospensione | Data Inizio | |
| | Data Fine | |
| | Motivazione | <input type="checkbox"/> ricovero temporaneo in ospedale <input type="checkbox"/> ricovero temporaneo in struttura residenziale <input type="checkbox"/> altro |
| Conclusione | Motivazione | <input type="checkbox"/> Completamento del programma assistenziale |
| | | <input type="checkbox"/> Ricovero in ospedale |
| | | <input type="checkbox"/> Decesso a domicilio |
| | | <input type="checkbox"/> Decesso in ospedale |
| | | <input type="checkbox"/> Trasferimento in struttura residenziale |
| | | <input type="checkbox"/> Cambio residenza |
| | | <input type="checkbox"/> Volontà dell'utente |
| | | <input type="checkbox"/> Chiusura amministrativa |
| | | <input type="checkbox"/> Altro |

Firma per conoscenza/partecipazione da parte dell'assistito/ tutore/ amministratore di sostegno:

Firma Infermiere: _____



Fondazione
Scarpari Forattini
onlus

INFORMAZIONI SUL SERVIZIO ADI

(assistenza domiciliare integrata)

ORARI DI APERTURA – ATTIVAZIONE SERVIZIO

| | |
|------------|--------------------------|
| LUNEDI' | 8.00-13.00 – 14.30-17.30 |
| MARTEDI' | 8.00-13.00 – 14.30-17.30 |
| MERCOLEDI' | 8.00-13.00 – 14.30-17.30 |
| GIOVEDI' | 8.00-13.00 – 14.30-17.30 |
| VENERDI' | 8.00-13.00 – 14.30-17.30 |

Nr. telefono Fondazione Scarpari Forattini Onlus: 0386 58121

Nr. cellulare Coordinatore: 349 3056993 (su questo numero è attiva la segreteria telefonica)

SERVIZIO DI REPERIBILITA' TELEFONICA

Attivo 7 giorni la settimana dalle ore 9.00 alle ore 18.00

Nr. cellulare Coordinatore: 349 3056993

Infermiere di famiglia: _____

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DELL'UTENTE

Gentile utente,

il presente questionario ha lo scopo di raccogliere dati per conoscere maggiormente le opinioni, i suggerimenti e le critiche degli utenti del servizio ADI erogato dalla Fondazione Scarpari Forattini onlus, con l'obiettivo di migliorare continuamente la qualità dell'assistenza fornita a domicilio.

Il questionario può essere firmato o mantenuto anonimo. Si prega di compilarlo in ogni sua parte, precisando tutto ciò che ritiene opportuno segnalare.

Le chiediamo di restituire il questionario all'operatore, chiuso nella busta allegata.

Il trattamento dei dati eventualmente forniti verrà svolto nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni concernente il "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Grazie per la collaborazione.

*Il Presidente
Gianfranco Caleffi*

QUESTIONARIO ADI
Anno 2016

Chi compila il questionario? **Utente** **Familiare**

1) Da quanto tempo si avvale del servizio di Assistenza Domiciliare?

- da meno di 6 mesi
- da 6 mesi a 1 anno
- da più di 1 anno

2) Di quali prestazioni usufruisce?

- Mediche
- Infermieristiche
- Riabilitative
- Socio-Assistenziali (bagno, taglio delle unghie, ...)

3) È soddisfatto del servizio ricevuto?

- Molto soddisfatto
- Soddisfatto
- Insoddisfatto
- Molto insoddisfatto

4) È soddisfatto del personale del servizio di Assistenza Domiciliare messo a disposizione dalla Fondazione, in termini di:

a) Puntualità

- Molto soddisfatto
- Soddisfatto
- Insoddisfatto
- Molto insoddisfatto

b) Disponibilità/Flessibilità oraria verso le sue esigenze

- Molto soddisfatto
- Soddisfatto
- Insoddisfatto
- Molto insoddisfatto

c) Pazienza e gentilezza

- Molto soddisfatto
- Soddisfatto
- Insoddisfatto
- Molto insoddisfatto

d) Modalità di riconoscimento

- Molto soddisfatto
- Soddisfatto
- Insoddisfatto
- Molto insoddisfatto

5) **È soddisfatto del servizio di segreteria della Fondazione, in termini di:**

a) Orari di apertura

- Molto soddisfatto
- Soddisfatto
- Insoddisfatto
- Molto insoddisfatto

b) Disponibilità degli operatori

- Molto soddisfatto
- Soddisfatto
- Insoddisfatto
- Molto insoddisfatto

c) Chiarezza delle informazioni ricevute

- Molto soddisfatto
- Soddisfatto
- Insoddisfatto
- Molto insoddisfatto

Osservazioni: _____

GRAZIE DELLA COLLABORAZIONE



MODULO PER SUGGERIMENTI E RECLAMI

Gentile Signore, Egregio Signore,

se ritiene che questa Residenza non abbia rispettato nei suoi confronti i principi fondamentali o gli standard indicati nella Carta dei servizi, la invitiamo a compilare il presente modulo e a riconsegnarlo al personale di questo ufficio .

La preghiamo di fornirci tutte le informazioni necessarie a risolvere il problema segnalato nel più breve tempo possibile.

Se lascerà il suo recapito, sarà nostra cura contattarla entro 20 giorni dalla data di consegna del modulo per fornire una risposta.

Qualora, ricevuta la risposta, non fosse soddisfatta dell'esito, in base alla legge regionale 48/88 potrà rivolgersi al difensore civico regionale.

Utilizzi questo modulo anche per farci pervenire i suoi suggerimenti su come migliorare il servizio.

Grazie per la collaborazione.

L'AMMINISTRAZIONE

Motivo del reclamo/segnalazione

.....
.....
.....
.....

Data dei fatti segnalati.....

Suggerimento.....

.....
.....
.....

Richiesta di incontro con il funzionario / dirigente

.....
.....
.....

Cognome Nome.....

Indirizzo.....

Tel.....

Data di consegna del modulo.....