

DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE DI CROTONE
Comuni di Belvedere di Spinello, Crotone, Cutro, Isola di Capo Rizzuto, Rocca di
Neto, S. Mauro Marchesato, Scandale

Ufficio di Piano
Piazza della Resistenza – 88900 Crotone
protocollocomune@pec.comune.crotone.it

DOMANDA DI ACCESSO PER SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
Piano di Azione e Coesione – Il RIPARTO
Servizi di Cura agli anziani non autosufficienti

Al PUA del Distretto
Socio-assistenziale di
Crotone

per il tramite del Comune di

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ () il _____ residente a _____
() in via _____ n. _____
Codice Fiscale _____ Tel. ____/_____

In caso di impedimento anche temporaneo del beneficiario a sottoscrivere la presente (art.4DPR445/2000)

il/la Sig./Sig.ra _____
nato/a _____ () il _____ residente a _____
() in via _____ n. _____
Codice Fiscale _____ Tel. ____/_____

In qualità di:

- figlio/a
- tutore
- amministratore di sostegno,
- persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere
(specificare grado di parentela): _____

TIPO DI PRESTAZIONE RICHIESTA:

Domiciliare (ADI)

Specificatamente chiede di poter fruire delle prestazioni socio-assistenziali di seguito contrassegnate:

- Aiuti volti a favorire l'autosufficienza nelle attività giornaliere:** cura dell'igiene personale; vestizione; aiuto nella somministrazione dei pasti e/o assunzione dei cibi; mobilitazione delle persone non autosufficienti.
- Aiuto per il governo dell'alloggio e delle attività domestiche:** cura delle condizioni igieniche dell'alloggio ed esigenze correlate; preparazione dei pasti; spese – commissioni varie;
- Interventi igienico – sanitari di semplice attuazione:** accompagnamento a visite mediche; assistenza per la corretta esecuzione di prescrizioni farmacologiche e mediche in genere; aiuto per la prevenzione delle piaghe da decubito e cambio di piccole ferite, in collaborazione il medico curante; segnalazioni al Servizio Sanitario competente di base delle anomalie nelle condizioni psicofisiche dell'utente.
- Interventi volti a favorire la socializzazione e la vita di relazione degli utenti:** accompagnamento ed accesso ai servizi; partecipazione ad attività ricreative – culturali del territorio o promosse da servizi Comunali; interventi volti a favorire la socializzazione con vicini e parenti o nell'ambito dei servizi diurni comunali

Ata fine, a isensidell'artt.46e47 del Testo Unico emanato con D.P.R.28.12.2000, n.445 e consapevole della decadenza da benefici conseguiti in seguito ad dichiarazioni non veritiere ed del fatto che gli atti falsi ed dichiarazioni mendaci sono punite a isensidell'art. 76 del D.P.P. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

DICHIARA

- a) Che il beneficiario è unico componente del nucleo familiare
- b) Che il beneficiario convive con le seguenti persone:

n.	Cognome e Nome	Data di nascita	Relazione di parentela
1			
2			
3			
4			
5			

- c) che il beneficiario risulta nelle seguenti condizioni di fragilità sociale:
 - Soggetto non autosufficiente in possesso della certificazione medica prevista dall'art.3, comma 3, della legge 104/92;
 - Soggetto non autosufficiente, con invalidità al 100%, sprovvisto della certificazione medica di cui all'art.3, comma 3, della legge 104/92
 - Soggetto non autosufficiente inserito in nucleo familiare con altri invalidi o anziani che abbiano compiuto i 65 anni di età, compreso il coniuge
 - Soggetto non autosufficiente con figli minori a carico
 - Soggetto non autosufficiente in possesso della certificazione medica prevista dall'art.3, comma 1, della legge 104/92

- Soggetti autosufficienti con invalidità inferiore al 100%, sprovvisti della certificazione medica prevista dall'art.3 comma 1, della legge 104/92 oppure soggetti con condizioni di fragilità socio-sanitaria comprovata da adeguate certificazioni specialistiche

d) Che il valore ISEE riferito all'anno precedente a quello di presentazione della domanda ammonta ad € _____

Inoltre, qualora la presente richiesta sia valutata positivamente

SI IMPEGNA

- ✓ a sottoscrivere, previa sua condivisione, il progetto assistenziale individuale (PAI) predisposto a seguito di valutazione multidimensionale;
- ✓ a corrispondere puntualmente, ove dovute, le quote di compartecipazione al costo del servizio, come previsto dal Regolamento di Distretto, pena la sospensione del servizio;
- ✓ A comunicare tempestivamente per iscritto, al servizio sociale comunale di riferimento, situazioni personali e/o familiari, che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce al servizio o sospensioni temporanee.

AUTORIZZA

Gli Uffici dei Servizi Sociali Comunale:

- al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio di assistenza domiciliare integrata, ai sensi dell'art. 10 del D.lgs. 196/2003 " materia dei dati personali " e successive integrazioni;
- visita domiciliare dell'assistente sociale assegnato al caso, qualora necessaria al perfezionamento del procedimento istruttorio;
- alla rilevazione di tutti i dati necessari alla valutazione multidimensionale (SCHEDA SVAMA) da parte di tutti gli operatori ad ogni titolo coinvolti nell'esame della presente istanza.

ALLEGA:

- attestazione ISEE e DSU in corso di validità del nucleo familiare dell'utente;
- scheda di proposta di accesso ai servizi territoriali compilata dal medico proponente
- copia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
- eventuali verbali delle Commissioni Sanitarie (invalidità civile) oppure, per coloro che sono in attesa di riconoscimento, copia della ricevuta dell'avvenuto inoltro della richiesta;
- ogni altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni dell'utente e del nucleo familiare convivente;

Medico di famiglia:

Nome _____ Cognome _____

Studio medico in via _____ Tel/Cell. _____

Luogo e data _____

Firma _____

REGIONE CALABRIA – ASP CROTONE

Scheda di proposta di accesso ai servizi territoriali
(parte sanitaria da compilare da parte del medico proponente)

Dati dell'assistito per il quale si richiede il servizio

Nome _____ Cognome _____ Sesso: M F

Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

Codice Fiscale _____ Residente in _____

Cap. _____ Via. _____ N. _____

Dati del medico proponente il servizio

Nome _____ Cognome _____

- ⇒ Medico di Medicina Generale
- ⇒ Medico Specialista Ospedaliero
- ⇒ Medico Specialista Territoriale
- ⇒ Medico di Continuità Assistenziale
- ⇒ Altro (specificare) _____

Sede di lavoro _____ Città _____ Via _____ N. _____

Tel/Cel. | | | | | | | | | |

Servizio Richiesto:

- ⇒ Servizio Socio Assistenziale Domiciliare
- ⇒ Cure Domiciliari Integrate di primo livello
- ⇒ Cure Domiciliari Integrate di secondo livello
- ⇒ Cure domiciliari Integrate di terzo livello
- ⇒ Cure Domiciliari Palliative
- ⇒ Cure Domiciliari Prestazionali Cicliche
- ⇒ Assistenza Domiciliare Programmata
- ⇒ Servizio Assistenziale Semiresidenziale
- ⇒ Servizio Assistenziale Residenziale

Altri servizi territoriali

(specificare) _____

Motivo della richiesta

⇒ deficit della deambulazione (specificare)

-

⇒ impossibilità ad accedere in ambulatorio pur senza deficit della deambulazione (specificare) _____

-

⇒ non autosufficienza

⇒ presenza di gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico (specificare):

- ⇒ malati terminali (oncologici e non);
- ⇒ gravi fratture (in anziani);
- ⇒ malattia vascolare acuta;
- ⇒ insufficienza cardiaca in stato avanzato;
- ⇒ insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;
- ⇒ grave artropatia degli arti inferiori in stato avanzato;
- ⇒ arteriopatia obliterante degli arti inferiori con gravi limitazioni;
- ⇒ cerebropatia e/o cerebroleso con forme gravi;
- ⇒ paraplegico e/o: tetraplegico;
- ⇒ malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
- ⇒ fasi avanzate e complicate di altre malattie croniche;
- ⇒ pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale;
- ⇒ pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- ⇒ pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza.

⇒ dimissione protetta da Struttura Ospedaliera;

⇒ altro _____

DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI

PROFILO DELL'AUTONOMIA (INDICARE CON UNA X)

Profilo cognitivo

- ⇒ lucido
- ⇒ confuso
- ⇒ molto confuso o stuporoso
- ⇒ problemi comportamentali prevalenti

Profilo mobilità

- ⇒ si sposta da solo
- ⇒ si sposta assistito

Profilo funzionale

- ⇒ autonomo o quasi
- ⇒ dipendente
- ⇒ totalmente dipendente

Profilo sanitario

- ⇒ bassa
- ⇒ intermedia
- ⇒ elevata

Profilo sociale

- ⇒ ben assistito
- ⇒ parzialmente assistito
- ⇒ non sufficientemente assistito

Programma proposto dal Medico proponente

Accessi MMG/PLS: ⇒ SI ⇒ NO

Periodicità: ⇒ giornaliero ⇒ mensile ⇒ quindicinale ⇒ settimanale

Accessi infermiere: ⇒ SI ⇒ NO

Periodicità: ⇒ giornaliero ⇒ mensile ⇒ quindicinale ⇒ settimanale

Accessi fisioterapista: ⇒ SI ⇒ NO

Periodicità: ⇒ giornaliero ⇒ mensile ⇒ quindicinale ⇒ settimanale

Accessi operatore sociale: ⇒ SI ⇒ NO

Periodicità: ⇒ giornaliero ⇒ mensile ⇒ quindicinale ⇒ settimanale

Accessi specialista 1: (specificare _____) ⇒ SI ⇒ NO

Periodicità: ⇒ giornaliero ⇒ mensile ⇒ quindicinale ⇒ settimanale

Accessi specialista 2: (specificare _____) ⇒ SI ⇒ NO

Periodicità: ⇒ giornaliero ⇒ mensile ⇒ quindicinale ⇒ settimanale

Accessi psicologici: (specificare _____) ⇒ SI ⇒ NO

Periodicità: ⇒ giornaliero ⇒ mensile ⇒ quindicinale ⇒ settimanale

Accessi altri operatori: (specificare _____) ⇒ SI ⇒ NO

Periodicità: ⇒ giornaliero ⇒ mensile ⇒ quindicinale ⇒ settimanale

Durata presunta dell'intervento (indicare il numero di giorni effettivi):

Obiettivi dell'intervento (Sintetica descrizione dei risultati attesi):

Data _____

Timbro e Firma Medico
