

**CHECK-LIST DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA EROGATA
A SOGGETTI BENEFICIARI DI IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE (ICD)**

(nome e cognome dell'utente) _____

nato/a a _____ (____) il |_|_|||_|_|||_|_|_|_|

residenza/domicilio presso cui viene compilata la check-list:

Comune di _____ (____)

via _____ n. _____ - frazione _____

Attività	Controllo effettuato	Adeguatezza	Note o commenti
01. Pulizia e igiene della persona	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
02. Situazione vestiario e calzature	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
03. Presidi per la mobilità della persona / ausili	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
04. Convivenza con altre persone	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
05. Situazione nutrizionale della persona	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
06. Presenti in casa farmaci prescritti o da banco	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
07. Farmaci in ordine con evidenza di somministrazione regolare	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
08. Sorveglianza sull'incolumità della persona	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
09. Evidenza di preparazione pasti caldi*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
10. Disponibilità cibo in casa*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
11. Convivenza con animali domestici*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
12. Sicurezza ambientale (rischio cadute, infortuni)*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
13. Pulizia della casa*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
14. Riordino della casa*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
15. Riscaldamento (inverno)*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
16. Condizionamento (estate)*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
17. Compagnia, supporto anche da persone non conviventi*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
18. Sicurezza ambientale (altri rischi)*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
19. Utenze (gas, energia el., acqua, telefono)*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
20. Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
21. Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	

* Facoltativo per ICDA e ICDp

Data di compilazione |_|_|||_|_|||_|_|_|_|

L'operatore

(firma leggibile)