

**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)