



**CHECK-LIST DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA EROGATA
A SOGGETTI BENEFICIARI INTERVENTI A SOSTEGNO DEL
RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DESTINATI AI CAREGIVER FAMILIARI**

| 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 | |

COGNOME E NOME DELL'OPERATORE

(luogo e data)

FIRMA DELL'OPERATORE