




Assistente Sociale referente CAS

Paola Giribaldi – Assistente Sociale
Ospedale Sant'Anna di Torino

Rete Oncologica Piemonte – Valle d'Aosta

Torino, 5 Dicembre, 2022

A hand is shown in the foreground, reaching out towards a sunset over a field. The sun is low on the horizon, creating a warm, golden glow. The background is slightly blurred, emphasizing the hand and the sunset.

Diritto ad essere informati

*non solo sulla Malattia
ma anche sui Diritti,
Aiuti ed Opportunità
che da tale condizione
discendono*

Perché l'Assistente Sociale?

*Informare, Accompagnare e
Sostenere*

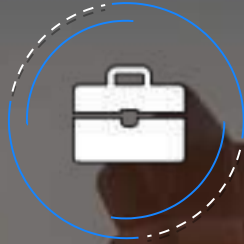
E' IMPORTANTE FIN DALL'INIZIO INDIRIZZARE GLI ACCERTAMENTI E I BENEFICI DI LEGGE



INVALIDITA'



**STATO DI
HANDICAP**



**INABILITA' AL
LAVORO**



**BENEFICI PER I
PARENTI**



**AIUTI
ECONOMICI**



**INDENNITA' DI
ACCOMPAGNAMENTO**

Come fare ad essere informati

.....
Note Informative, Counseling personalizzato, Progetto Protezione Famiglie Fragili



NOTE INFORMATIVE

NOTE INFORMATIVE PRINCIPALI PRESTAZIONI E PREVIDENZIALI A FAVORE DEI PAZIENTI ONCOLOGICI E DELLE LORO FAMIGLIE

**ESENZIONE TICKET per patologia:
cod. 042 – 048 provvisorio**

<ul style="list-style-type: none">• ALTRE ESENZIONI TICKET. Le persone cui è riconosciuta un'invalidità civile pari o superiore al 67% possono usufruire dell'esenzione totale CO3 e se riconosciuta al 100%, CO1.• (Invalidità Civile) ASSEGNO MENSILE PER INVALIDI PARZIALI. Invalidità civile superiore al 74%, sottoposto a limite di reddito ed età.• (Invalidità Civile) PENSIONE MENSILE PER INVALIDI TOTALI. Invalidità civile al 100%, sottoposta a limite di reddito ed età.• (Invalidità Civile) INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO È prevista, senza limiti d'età e di reddito, agli invalidi civili al 100% e riconosciuti con impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore e/o con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita. Coste di esenzione CO2• AUSILI e PROTESI Si ottengono presentando la prescrizione unitamente al verbale d'invalidità civile o ricevuta della presentazione della domanda presso l'ufficio protesì dell'ASL di residenza. Gratuiti, con un IC superiore al 33%.• TRASPORTI Con percentuale d'invalidità civile superiore al 67%: tesserino per libera circolazione sulle linee urbane ed extraurbane e ferrovie (treni regionali ed alcuni extra-regionali). Con percentuale al 100% + Indennità d'accompagnamento: rilascio da parte delle Ferrovie dello Stato della CARTA RAU.• CONGEDO STRAORDINARIO PER CURE PER I LAVORATORI (L. n. 119/2011). Con invalidità superiore al 50% è previsto un congedo straordinario per cure (connesse alla malattia per la quale è stata riconosciuta l'invalidità), per un massimo di 30 giorni per ogni anno solare.• CONTRASSEGNO SPECIALE PER LA LIBERA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DEI VEICOLI AL SERVIZIO DI PERSONE DISABILI. Rilascio da parte del proprio Comune di residenza per i cittadini con difficoltà alla deambulazione e non vedenti.• CONTINUITÀ DELLE CURE<ul style="list-style-type: none">- Assistenza domiciliare- Lungodegenza, riabilitazione- Hospice• TUTELA LEGALE. Amministrazione di sostegno Curatela Tutela	<ul style="list-style-type: none">• LEGE 104/92 Tre giorni di permesso al mese di assenza dal lavoro per assistere il familiare. Congedo biennale retribuito, per i coniugi, i genitori, i figli, i fratelli e le sorelle, purché conviventi.• CONGEDO BIENNALE NON RETRIBUITO• PERMESSI LAVORATIVI PER EVENTI E CAUSE PARTICOLARI.• ASSEGNI FAMILIARI. Adegamento degli assegni familiari per i nuclei in cui vi siano presenti almeno un componenteabile e con almeno il 70% di reddito derivante da lavoro subordinato• COLLOCAMENTO AL LAVORO Iscrizione nelle liste di collocamento guidato.• L. 104/92:<ul style="list-style-type: none">- permessi sul lavoro (tre giorni al mese o 2 ore al giorno, per orario di lavoro superiore alle 6 ore al giorno, oppure 1 ora al giorno, per orario di lavoro inferiore alle 6 ore al giorno);- superamento delle barriere architettoniche;- IVA agevolata per acquisto di veicoli adattati per trasporto di persone disabili (vedere verbale rilasciato dalla Commissione medico-legale dell'ASL);- Esenzione pagamento della tassa automobilista per veicoli adattati al trasporto di persone disabili (vedere verbale rilasciato dalla Commissione medico-legale dell'ASL), art. 8 della L. 449/1997 e D. Leg. 285/1992.• TERAPIA SALVAVITA Per i dipendenti pubblici ed alcuni CCNL dipendenti privati• PERIODO DI COMPORTO (periodo in cui viene conservato il posto di lavoro quando si supera il massimale dei giorni di malattia previsti del contratto di lavoro) può essere aumentato in caso di patologia grave, ma dipende dai singoli CCNL.• ASSEGNO SOCIALE (ai 65 anni di età ed in condizioni di indigenza)• ASSEGNO ORDINARIO DI INVALIDITÀ Per lavoratori INPS. Ha durata triennale;• PENSIONE DI INABILITÀ: Per lavoratori INPS• PENSIONE DI INABILITÀ per DIPENDENTI PUBBLICI - L. 388/1995 "Riconoscimento di uno stato di assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa conseguente ad infermità non imputabili a causa di servizio"• VECCHI ANZI ANTICIPATA - D. Leg. 503/1992
--	--

SERVIZIO SOCI ALE OSPEDALIERO - Assistente Sociale Dott.ssa Paola GI RI BALDI
In collaborazione con gli operatori dell'Ospedale, ha il compito di informare ed aiutare le pazienti ed i loro familiari ad affrontare le diverse problematiche connesse e conseguenti alla malattia. Riceve su appuntamento, da fissare al numero telefonico 0117 313.1692 o via mail (pgribaldi@reteoncolologica.it) all'Ospedale S. Anna: Ingresso da Via Ventimiglia 1 - 1° piano (vicino al CAS)

Sul sito della Rete Oncologica è prevista una sezione dedicata ai diritti dei pazienti, raggiungibile utilizzando il link:
<http://www.reteoncolologica.it/area-cittadini/diritti-dei-pazienti>
ed un indirizzo di posta elettronica per informazioni e chiarimenti: dirittipazienti@reteoncolologica.it

LE NOTE INFORMATIVE

BENEFICI COLLEGATI AI RICONOSCIMENTI DI INVALIDITA' CIVILE E LEGGE 104

- **ESENZIONI TICKET**
- **ASSEGNO PER INVALIDI PARZIALI**
- **PENSIONE PER INVALIDI TOTALI**
- **INDENNITA' ACCOMPAGNAMENTO**
- **AUSILI E PROTESI**
- **TRASPORTI**
- **CONGEDO PER CURE**
- **CONTRASSEGNO EUROPEO PER DISABILI**
- **CONTINUITA' ASSISTENZIALE**
- **TUTELA LEGALE**
- **RIMBORSO PARRUCCA**

BENEFICI PER LA FAMIGLIA DEL PAZIENTE

- **LEGGE 104: PERMESSI MENSILI E CONGEDO STRAORDINARIO BIENNALE**
- **PERMESSI LAVORATIVI PER EVENTI E CAUSE PARTICOLARI**
- **ASSEGNI FAMILIARI**

BENEFICI PER IL PAZIENTE LAVORATORE

- **COLLOCAMENTO AL LAVORO**
- **TERAPIA SALVAVITA**
- **ASSEGNO ORDINARIO DI INVALIDITA'**
- **PENSIONE DI INABILITA'**
- **LEGGE 104: ORARIO RIDOTTO, PERMESSI DAL LAVORO**
- **PERIODO DI COMPORTO**
- **PENSIONE DI VECCHIAIA ANTICIPATA**

COUNSELING PERSONALIZZATO

- **AMBIENTE ACCOGLIENTE**
- **TEMPO DEDICATO**
- **LETTURA DELLA DOMANDA (INDIVIDUAZIONE BISOGNI COMPLESSI)**
- **ATTIVAZIONE DI INTERVENTI SULLE SPECIFICHE CARATTERISTICHE DEL PAZIENTE E DELLA SUA FAMIGLIA**

PROGETTO PROTEZIONE FAMIGLIE FRAGILI



**RICONOSCERE
E RILEVARE
DA SUBITO LE
FRAGILITA'**

***(SCHEDA DI
FRAGILITA')***

**DALLA CURA
DELLA
PERSONA AL
PRENDERSI
CURA DEL
NUCLEO
FAMILIARE**

**COSTRUIRE UN
PROGETTO DI
SOSTEGNO
PSICO-SOCIALE
HA UNA GRANDE
RICADUTA DAL
PUNTO DI VISTA
SANITARIO**

PROGETTO PROTEZIONE FAMIGLIE FRAGILI

Cosa vuol dire Fragile?

- **PRESENZA DI MINORI**
- **NUCLEI RISTRETTI E ISOLATI**
- **ELEMENTI DI MARGINALITA' SOCIALE**
- **DISABILITA' O PATOLOGIA PSICHIATRICA**
- **ABUSO DI ACOOL, DROCHE O ALTRE SOSTANZE**
- **LUTTI RECENTI O EVENTI TRAUMATICI**
- **ALTRI MALATI IN FAMIGLIA**

Cosa fa?

- **Rileva**
- **Formula**
- **Integra**
- **Interviene**

Compiti

- **Crea sinergie**
- **Attiva servizi complementari**
- **Non sostituisce i servizi ospedalieri e territoriali**

Come funziona?

- **Inviati (tutto il personale formato)**
- **Miniéquipe (psicologo-case manager e assistente sociale)**

SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE 1/3

DATI ANAGRAFICI	
CODICE FISCALE _____	STP/ENI <input type="checkbox"/>
COGNOME _____	NOME _____
LUOGO DI NASCITA _____	DATA _____
CITTA' / MANZ. _____	
RESIDENZA _____	
DOMICILIO _____	
COMUNE DI RESIDENZA STORICA _____	
ASL _____	DISTRETTO _____
MMG/PLS _____	RICARITO _____
SPECIALISTA _____	RICARITO _____
CARRIERA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Conoscenza lingua italiana:	
parlata: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	scritta: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Necessità di mediatore culturale: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

MODALITA' DI ACCESSO	
DATA _____	
1. Iniziativa della Domanda	2. Tipologia di Richiesta
propria <input type="checkbox"/>	_____
familiare o affini <input type="checkbox"/>	_____
CAS <input type="checkbox"/>	_____
Assistente Sociale <input type="checkbox"/>	_____
medico <input type="checkbox"/>	_____
impatto <input type="checkbox"/>	Specif. _____
On/ambulatorio <input type="checkbox"/>	Specif. _____
altro soggetto <input type="checkbox"/>	Specif. _____

PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE	
COGNOME e NOME _____	
VIA _____	COMUNE _____
TELEFONO _____	GRADO DI PARENTELA _____

EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA	
COGNOME e NOME _____	
VIA _____	COMUNE _____
TELEFONO _____	RUOLO _____
AUTORIZZAZIONE AD AGIRE PER IL CONSENSO SANITARIO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

1. PROFILO PERSONALE	
MASCHIO <input type="checkbox"/>	FEMMINA <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/>

1.1 Stato civile		
celibe/ved. <input type="checkbox"/>	matrimonio <input type="checkbox"/>	coeso di fatto <input type="checkbox"/>
conjugato/a <input type="checkbox"/>	convivente <input type="checkbox"/>	
divorzato/a <input type="checkbox"/>	unione civile/more <input type="checkbox"/>	
1.2 Titolo di studio		
nessuno <input type="checkbox"/>	licenza media inf. <input type="checkbox"/>	diploma <input type="checkbox"/>
licenza elementare <input type="checkbox"/>	qualifica prof. in <input type="checkbox"/>	diploma di laurea <input type="checkbox"/>
laurea <input type="checkbox"/>		
Specifica _____		
1.3 Condizione lavorativa		
inoccupato/a <input type="checkbox"/>	disoccupato/a <input type="checkbox"/>	
occupazione stabile <input type="checkbox"/>	partimento/a <input type="checkbox"/>	
occupazione temporanea <input type="checkbox"/>	coordinatore/a <input type="checkbox"/>	
occupazione precaria <input type="checkbox"/>		
in lavoro dipendente <input type="checkbox"/>		
in forma autonoma <input type="checkbox"/>		
Specifica _____		
2 CONDIZIONE DI SALUTE		
2.1 elagiod		
COVID-19 positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>		
2.2 Fase terapeutica		
in terapia attiva <input type="checkbox"/>	in postazione <input type="checkbox"/>	follow up <input type="checkbox"/> taglie <input type="checkbox"/>
2.3 deficit		
uditivi <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	con ausili <input type="checkbox"/>
obscultazione <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	con ausili <input type="checkbox"/>
visivi <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
comunicativi <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
cognitivi <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Specifica _____		
2.4 richiesta valutazione SMO/UMMO		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
domanda in corso <input type="checkbox"/>	esclusiva <input type="checkbox"/>	non esclusiva <input type="checkbox"/>
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	defa <input type="checkbox"/>	per legge <input type="checkbox"/>
2.5 CERTIFICAZIONE E ASSEGNI DI INVALIDITA' O PENSIONI		
2.a Certificazione invalidità civile parziale inferiore al 75% <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	% _____
2.b Certificazione invalidità civile parziale tra 75% e 99% <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	% _____
2.c Certificazione invalidità civile totale (100%) <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
2.d Ceca parziali/totale <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
2.e Inabilità di accompagnamento <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
2.f Assegno/pensione di inabilità <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Domanda in corso: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> data di presentazione _____		
Certificazioni invalidità sensoriali: SI <input type="checkbox"/>		
Legge 68/99 - collocamento mirato al lavoro: SI <input type="checkbox"/>		
Legge 104 del 1993 art. 3 comma 1: SI <input type="checkbox"/> comma 2 <input type="checkbox"/>		
2.6 PUNTEGGIO INDICE DI BRASS (se presente) _____ DATA _____		

SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE 2/3

3. CONDIZIONE ECONOMICA

3.1 Origine del reddito

da lavoro (dipendente dal _____) Euro _____
 da attività lavorativa _____ Euro _____
 da pensione (passiva) _____ Euro _____

3.1a Situazione di disabilità SI NO

3.2 Totale spese fisse mensili (affitto, mutuo, altro...)

3.3 appartenenza ISEE o dichiarata

0	meno 16.000 - 16.000	I	tra 1.000 - 6.000
1	tra 16.000 - 16.000	5	oltre > 3.000

3.3 Valutazione della condizione economica riferita

1 Autonomo e in equilibrio finanziario: persona che non ha bisogno di essere supportato da altri nelle spese della vita quotidiana e per altro esistenziale

2 Situazione di reddito minimo o di basso reddito finanziario

3 Non è stato in grado di pagare con altre persone (anche non conviventi) per le spese della vita quotidiana e per altro esistenziale o ha finanziamenti in corso

4 Le condizioni di bisogno economico e senza aiuti da parenti o altre persone, che presenzia di assistenza per le spese della vita quotidiana e per altro esistenziale

4. CONDIZIONE ABITATIVA

Per strada/ dormitorio
 Alloggio improvvisi (banco container, altro)
 con propria dimora
 tipo di struttura tipologia _____
 spazio presso tanti brevi periodi data termine

4.1 Stato di governo dell'abitazione

proprietà
 contratto gratuito
 affitto
 in affitto assegnato
 in affitto
 affitto esecutivo della _____
 occupata abitualmente

4.2 ubicazione sul territorio

scivola
 poco servita
 isolata

4.3 Spazio freddo

non sufficiente
 più suff.
 sufficiente

4.4 Bagni Architettoniche

Riscaldamento _____
 avari
 solo toilette
 non idoneo
 da usare che esiste

4.5 riscaldamento

assenti
 presenti non funz.
 presenti funz.
 presenza funz.

4.6 Servizi igienici

assenti (presenti) non adeguati

4.7 Utilitari elementi rilevati sulla condizione abitativa (umidità, falsetta, ecc.)

4.8 Valutazione condizione abitativa

1 adeguata 2 inadeguata

1 parzialmente adeguata 2 gravemente inadeguata

5. CONDIZIONE FAMILIARE

5.1 N. componenti del nucleo familiare _____

5.2 Presenza carichi assistenziali nel nucleo familiare

due o più figli minori due o più anziani non autosufficienti
 un figlio minorile un disabile
 un anziano non autosufficiente due o più disabili

5.3 Problematrici del nucleo familiare

divulsa sociale 1 componente più componenti n. _____
 problemi di salute 1 componente più componenti n. _____
 problemi di disoccupazione 1 componente più componenti n. _____
 problemi di lavoro 1 componente più componenti n. _____
 problemi giudiziari 1 componente più componenti n. _____
 dipendenza alcolica 1 componente più componenti n. _____
 basso livello d'istruzione 1 componente più componenti n. _____

5.4 Valutazione della condizione del nucleo familiare

nessi carichi assistenziali 1 o più carichi assistenziali 2 o più carichi assistenziali 3 o più carichi assistenziali 4 o più carichi assistenziali

1 adeguata 2 inadeguata

SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE 3/3

6. SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE

6.1 rete familiare presente assente

nome cognome _____ grado di parentela _____
 telefono _____
 ore di disponibilità _____

nome cognome _____ grado di parentela _____
 telefono _____
 ore di disponibilità _____

nome cognome _____ grado di parentela _____
 telefono _____
 ore di disponibilità _____

6.2 rete informale presente assente

ore di disponibilità _____
 nome cognome _____ ruolo _____
 telefono _____
 ore di disponibilità _____
 nome cognome _____ ruolo _____
 telefono _____

6.3 rete istituzionale: assist

PAI Assistenza privata
 Servizi sociali/traffico

6.4 Autonomia e/o persona e capacità di supporto della rete
 per ogni attività segnare con una X la condizione rilevante:

ATTIVITA'	Autonomia 0	Supporto rete sufficiente 1	Supporto rete parzialmente sufficiente o con servizi precario 2	Supporto di rete insufficiente 3
Preparazione dei pasti				
Pulizia della casa				
Laundry				
Attività lavorative personali				
Autoconduzione				
Bagno				
Trasporti personali				
Alloggiamento				
Uso del wc (o padella, o pannoloni)				
Assunzione medicinali (se pertinente)				
Trattamenti				
Prendi-bagno				
Spuntino del pranzo				
Verifica passaporto/visi				
Supervisione di cura				
Supervisione natura				
TOTALIX				

6.5 Valutazione supporto rete *

	0	1	2	3	NOTE
Completamento a domicilio (valore da 0 a 12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presenza della rete familiare a informale (valore da 17 a 33)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presenza personale o temporanea della rete familiare o informale (valore da 33 a 48)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assenza nella rete familiare o informale (valore da 48 a 63)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* per compilare il punto 6.5 moltiplicare i totali delle colonne del punto 6.4 per il valore in testa alla colonna e sommarli

7 VALUTAZIONE SOCIO-SANITARIA COMPLESSIVA

7.1 LIVELLO DI BISOGNO ASSISTENZIALE SOCIALE

INTERMITTA	SERVIZI	ALTA	Da proporre
BASSA	Servizi di protezione/Volontariato <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Teleassistenza o teleassistenza <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trasporti sociali <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pasti o lavanderia a domicilio <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Altro _____ <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEDIA	Assisti economici e sost. domiciliari <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Assistenza domiciliare fino a 12h/sett. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Assistenza domiciliare <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	* Altro _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTA	Assisti domiciliari dalle 11 alle 18 h/sett. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Assist. domiciliare oltre 18 h/sett. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Residenze <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	* Altro _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Progetto territoriali/Progetto PPH

VALUTAZIONE FRAGILITA' SOCIO-SANITARIA CONCLUSIVA
 (data dalle valutazioni delle singole dimensioni)

0 Fragilità sociale assente
 1 Fragilità sociale lieve: bisogno monitoraggio, prevenzione (1-4)
 2 Fragilità sociale rilevante: bisogno di intervento (5-8)
 3 Fragilità sociale grave: bisogno di intervento immediato/urgente (9-12)

FRAGILITA' SANITARIA come da livello di base _____

EVENTUALI NOTE E /O PROPOSTE DI INTERVENTO

ESITO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE

ESITO CONSULENZA E VALUTAZIONE SOCIALE

Data richiesta _____ Data restituzione _____
Assistente sociale _____

DATI ANAGRAFICI

CODICE FISCALE _____ STP/DM
COGNOME _____ NOME _____
LUOGO DI NASCITA _____ DATA _____
CITTADINANZA _____
RESIDENZA _____
DOMICILIO _____
MNG/PLS _____ RECAPITO _____
SPECIALISTA _____ RECAPITO _____

Valutazione sanitaria

PUNTEGGIO INDICE DI BRASS (se presente) _____ DATA _____

Valutazione della condizione economica riferita

Valutazione condizioni abitative

Valutazione della condizione del nucleo familiare

Valutazione supporto rete

VALUTAZIONE SOCIO SANITARIA CONCLUSIVA ED EVENTUALI NOTE E/O
PROPOSTE DI INTERVENTI



Dobbiamo fare tutto questo?

**Curare la malattia non è già
abbastanza?**

**Perché dal percorso di
cura ...**

*Si esce per guarigione o si prosegue,
assicurando la miglior vita possibile*

