

Scheda d'attività

○ **Cognome e nome del datore di lavoro:**.....

Nato/a il..... **a**.....

○ **Cognome e nome dell'assistente familiare:**.....

Nato/a il..... **a**.....

Le seguenti attività e la loro durata complessiva sono concordate fra datore di lavoro e lavoratore a partire dal

1) Area di attività: Cura della casa

Tipologie delle attività	Attività giornaliera	Attività settimanale
Pulizia della cucina	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no
Pulizia camera da letto	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no
Pulizia bagno	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no
Pulizia altri ambienti (specificare.....)	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no
Pulizia delle attrezzature e di ausili assistenziali	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no
Lavaggio indumenti	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no
Stiratura e riordino indumenti	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no
Durata complessiva settimanale(facoltativo)ore settimanali	

2) Area di attività: Igiene personale

Tipologie delle attività	Attività giornaliera	Attività settimanale
Igiene viso + cavo orale + mani + pettinatura	<input type="checkbox"/> sì (n. volte...) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. di volte....) <input type="checkbox"/> no
Igiene intima	<input type="checkbox"/> sì (n. volte...) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. di volte....) <input type="checkbox"/> no
Accompagnamento in bagno	<input type="checkbox"/> sì (n. volte...) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. di volte....) <input type="checkbox"/> no
Cambio pannolone	<input type="checkbox"/> sì (n. volte...) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. di volte....) <input type="checkbox"/> no
Bagno assistito (doccia o vasca)	<input type="checkbox"/> sì (n. volte...) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. di volte....) <input type="checkbox"/> no
Spugnatura a letto	<input type="checkbox"/> sì (n. volte...) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. di volte....) <input type="checkbox"/> no
Igiene piedi	<input type="checkbox"/> sì (n. volte...) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. di volte....) <input type="checkbox"/> no
Igiene dentiera	<input type="checkbox"/> sì (n. volte...) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. di volte....) <input type="checkbox"/> no
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> sì (n. volte...) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. di volte....) <input type="checkbox"/> no
Durata complessiva settimanale(facoltativo)ore settimanali	

3) Area di attività: Mobilizzazione

Tipologie delle attività	Attività giornaliera	Attività settimanale
Messa a letto	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no
Alzata	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no
Vestizione	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no
Svestizione	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no
Deambulazione assistita	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no
Mobilizzazione allettato	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no
Durata complessiva settimanale (facoltativo)ore settimanali	

4) Area di attività: Alimentazione

Tipologie di attività	Attività giornaliera	Attività settimanale
Acquisto alimenti	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. di volte.....) <input type="checkbox"/> no
Conservazione alimenti	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. di volte.....) <input type="checkbox"/> no
Preparazione pasti	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. di volte.....) <input type="checkbox"/> no
Supporto per assunzione pasti	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. di volte.....) <input type="checkbox"/> no
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. di volte.....) <input type="checkbox"/> no
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. di volte.....) <input type="checkbox"/> no
Durata complessiva settimanale (facoltativo)ore settimanali	

5) Area di attività: Socializzazione

Tipologie di attività	Attività giornaliera	Attività settimanale
Accompagnamento all'esterno	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no
Attività di relazione e promozione interessi dell'anziano	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no
Durata complessiva settimanale (facoltativo)ore settimanali		

6) Area di attività: Salute

Tipologie di attività	Attività giornaliera	Attività settimanale
Contatti con il medico di famiglia	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. di volte.....) <input type="checkbox"/> no
Acquisto farmaci come da prescrizione medica	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. di volte.....) <input type="checkbox"/> no
Gestione farmaci come da prescrizione medica	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. di volte.....) <input type="checkbox"/> no
Accompagnamento visite mediche e di cura	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. di volte.....) <input type="checkbox"/> no
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì (n. volte.....) <input type="checkbox"/> no
Durata complessiva settimanale (facoltativo)ore settimanali		

Pertanto le attività di assistenza è previsto che richiedano un impegno dell'assistente familiare della durata settimanale diore.
(dato obbligatorio)

La soprindicata scheda di attività rappresenta quanto effettivamente concordato e accettato fra le parti.

(Autorizzo il trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili, ai sensi e per gli effetti del D. lgs. 30.06.03, n. 196 per le finalità di cui al presente documento.)

In fede,

Il datore di lavoro _____

Il lavoratore _____

Data _____

Supporto per la compilazione:

L'organizzazione del lavoro di assistenza indicato dalla scheda d'attività, in caso di convivenza, è prevista per i soli rapporti di lavoro con orario uguale o superiore alle 31 ore settimanali; per i rapporti di lavoro in convivenza con orario lavorativo uguale o inferiore alle 30 ore settimanali si fa esclusivo riferimento ai contenuti di cui all'articolo 15, comma 2, del CCNL sulla disciplina del rapporto di lavoro domestico.

- **Attività giornaliera**

Barrare la casella “sì” nel caso in cui l’assistente familiare svolga l’attività specificata, in tal caso scrivere a lato il numero di volte in cui quella attività verrà svolta nell’arco della giornata.

Barrare, invece, la casella “no” nel caso in cui l’assistente familiare non debba svolgere tale attività.

Possono essere aggiunte anche altre attività non previste dalla scheda nell’apposita sezione “Altro (specificare.....)” posta in ogni area di attività.

- **Attività settimanale**

Barrare la casella “sì” nel caso in cui l’assistente familiare svolga l’attività specificata, in tal caso scrivere a lato il numero di volte in cui si ritiene che quella attività verrà svolta nell’arco della settimana.

Barrare, invece, la casella “no” nel caso in cui l’assistente familiare non debba svolgere tale attività.

- **Durata complessiva settimanale (facoltativo)**

Indicare in ore il totale settimanale della relativa area di attività.

- **Durata standard (indicativa)**

L’analisi delle attività previste dalla scheda, basata su situazioni di carico assistenziale medio/basso, nel caso in cui tutte le attività previste siano svolte direttamente dall’assistente familiare, porta a ipotizzare la seguente durata minima settimanale per le prime quattro aree di attività assistenziali connesse alla risposta ai bisogni primari:

- Igiene domestica: 8h
- Igiene personale: 10h 30m
- Mobilizzazione: 7h
- Alimentazione: 13h 30m