

**Azienda Sanitaria Locale BA**

Distretto Socio Sanitario Uno

Ambito Territoriale

Comune di Giovinazzo - Comune di Molfetta

CURE DOMICILIARI

(ADS, ADI I° - II° - III° livello, ADO, Cure palliative, Hospice)

S.V.A.M.A. Valutazione Sociale**1. Dati generali e domanda di intervento**

Sig./ra		Data di nascita	
Tessera sanitaria	Esenzione ticket		Cod. Fiscale
Residenza - via			Tel.
Comune	Distretto Socio Sanitario Uno		Prov.
Stato civile	1 <input type="checkbox"/> coniugato	2 <input type="checkbox"/> separato/divorziato	3 <input type="checkbox"/> vedovo <input type="checkbox"/> celibe/nubile
Sesso	1 <input type="checkbox"/> M	2 <input type="checkbox"/> F	
Istruzione	1 <input type="checkbox"/> nessun titolo 2 <input type="checkbox"/> licenza elementare 3 <input type="checkbox"/> scuola media inf./avviamento 4 <input type="checkbox"/> scuola profess. 5 <input type="checkbox"/> medie superiori 6 <input type="checkbox"/> laurea		
Pensione	1 <input type="checkbox"/> nessuna	2 <input type="checkbox"/> minima/sociale	3 <input type="checkbox"/> altra pensione
Ultima professione			
Invalidità civile	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Indennità accompagnamenti 1 <input type="checkbox"/> sì 2 <input type="checkbox"/> no 3 <input type="checkbox"/> in attesa
Domanda di intervento (una sola risposta)			
Motivo della domanda		La persona è informata della domanda	
01 <input type="checkbox"/> perdita dell'autonomia		01 <input type="checkbox"/> sì	
02 <input type="checkbox"/> famiglia non in grado di provvedere		02 <input type="checkbox"/> no	
03 <input type="checkbox"/> solitudine			
04 <input type="checkbox"/> alloggio non idoneo			
05 <input type="checkbox"/> altro			
Iniziativa della domanda (una sola risposta)		Tipologia della domanda (una sola risposta)	
01 <input type="checkbox"/> propria		01 <input type="checkbox"/> generica	
02 <input type="checkbox"/> familiare o affine		02 <input type="checkbox"/> assistenza domiciliare	
03 <input type="checkbox"/> soggetto civilmente obbligato		03 <input type="checkbox"/> centro diurno	
04 <input type="checkbox"/> assistente sociale pertinente		04 <input type="checkbox"/> ospitalità temporanea riabilitativa	
05 <input type="checkbox"/> medico		05 <input type="checkbox"/> altra ospitalità temporanea	
06 <input type="checkbox"/> tutore		06 <input type="checkbox"/> accoglimento in residenza	
07 <input type="checkbox"/> altro soggetto			
Medico curante		Tel.	
Persona di riferimento contattabile			
Cognome e nome			
Indirizzo		Comune	
Tel.		Grado di parentela	

**2. Assistenza e alimenti****Parenti tenuti agli alimenti**

(nelle ultime righe indicare cumulativamente i parenti esistenti ma non significativi per il progetto assistenziale) (ART. 433 C.C.: coniuge, figli e discendenti prossimi, genitori e ascendenti prossimi, generi e nuore, suoceri, fratelli e sorelle).

	Cogn/nome	P ¹	età	Profess.	Ind/tel.	L ²	I ³	Si occupa di ⁴			I ⁵	Si occuperà di ⁴			
								adl	iadl	super visione		adl	iadl	super visione	
1															
2															
3															
..															

Altre persone attive (compreso personale privato)

1															
2															
..															

Legenda

1. Parentela	C = coniuge; FI = figlio / figlia; G = genitore; NO = nonno / nonna; ND = nipote diretto; NI = nipote indiretto; NU = genero / nuora; AL = altro familiare; VI = amici / vicini.
2. Lontananza	C = convivente; V = immediate vicinanze; 15 = entro 15 minuti; 30 = entro 30 minuti; 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora.
3. Intensità attivazione attuale	Indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza (o lo è stata finora).
4. Si occupa di	Crocettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), iADL (pulizia casa, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna).
5. Intensità attivazione possibile	Indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona possa essere presente nell'assistenza per il futuro.

Assistenza pubblica attiva (segnare i servizi attivi)

				h/sett.	Int./sett.
1 <input type="checkbox"/>	Servizi residenziali (quali)	3 <input type="checkbox"/>	Pasti a domicilio	6 <input type="checkbox"/>	Vigilanza / accompagnamento
2 <input type="checkbox"/>	Servizi semiresidenziali (quali)	4 <input type="checkbox"/>	Telesoccorso	7 <input type="checkbox"/>	Igiene
		5 <input type="checkbox"/>	Trasporto / accompagnamento	8 <input type="checkbox"/>	Assistenza alla persona



3. Situazione abitativa e reddito

Situazione abitativa	
Titolo di godimento	
1 <input type="checkbox"/>	Proprietà
2 <input type="checkbox"/>	Usufrutto
3 <input type="checkbox"/>	Titolo gratuito
4 <input type="checkbox"/>	Non proprio, non in affitto
In affitto da:	
5 a	
5 b	
E' in atto lo sfratto esecutivo? sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Dislocazione nel territorio	
1 <input type="checkbox"/>	Servita
2 <input type="checkbox"/>	Poco servita
3 <input type="checkbox"/>	Isolata
Barriere architettoniche	
1 <input type="checkbox"/>	Assenti
2 <input type="checkbox"/>	Solo esterne
3 <input type="checkbox"/>	Interne
Piano	
Ascensore sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Giudizio sintetico	
1 <input type="checkbox"/>	Abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne / esterne e adeguato al numero di persone)
2 <input type="checkbox"/>	Abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne)
3 <input type="checkbox"/>	Abitazione non idonea (alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione)
Note	
Situazione economica: reddito mensile	
Reddito totale dell'anziano (inclusa l'eventuale indennità di accompagnamento)	
Risparmi dell'anziano	<input type="checkbox"/> no o inferiori a € 2.500,00
	<input type="checkbox"/> fino a € 5.000,00
	<input type="checkbox"/> fino a € 10.000,00
	<input type="checkbox"/> fino a € 50.000,00
	<input type="checkbox"/> non noti
Spesa per affitto o mutuo	
Ulteriore disponibilità economica mensile dichiarata dai familiari per l'assistenza	<input type="checkbox"/> copertura completa delle spese
	<input type="checkbox"/> nessuna
	<input type="checkbox"/> fino a € 500,00
	<input type="checkbox"/> fino a € 1000,00
	<input type="checkbox"/> fino a € 1500,00
<input type="checkbox"/> oltre	
Integrazione economica del comune per l'assistenza	<input type="checkbox"/> certamente no
	<input type="checkbox"/> possibile
	<input type="checkbox"/> certamente sì
Note	

