

**Azienda Sanitaria Locale BA**

Distretto Socio Sanitario Uno

Ambito Territoriale

Comune di Molfetta - Comune Giovinazzo

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/divor	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 elemen.	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 accompagnament	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 <input type="checkbox"/>		
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



.....
.....
.....
.....
.....
.....

Assistente Sociale del Servizio:	
Cognome e nome dell'Assistente Sociale redigente	
Data di compilazione	Firma