



Azienda Sanitaria Locale BA



Provincia di Bari
Distretto Socio Sanitario Uno
 Ambito Territoriale
 Comune di Giovinazzo - Comune di Molfetta

S.V.A.M.A.

Valutazione sociale

1. Dati generali e domanda di intervento

Sig./ra		Data di nascita			
Sede di valutazione		Data			
Tessera sanitaria		Esenzione ticket		Cod. Fiscale	
Residenza - via				Tel.	
Comune		Distretto Socio Sanitario Uno ASL Bari		Prov.	
Stato civile	1 <input type="checkbox"/> coniugato	2 <input type="checkbox"/> celibe/nubile	3 <input type="checkbox"/> separato	4 <input type="checkbox"/> divorziato	
	5 <input type="checkbox"/> vedovo	6 <input type="checkbox"/> non dichiarato			
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"/> dipl. universitario	7 <input type="checkbox"/> laurea	<input type="checkbox"/> non dichiarato	
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"/> si	2 <input type="checkbox"/> no	Indennità accompagn.	1 <input type="checkbox"/> si	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"/> si		
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"/> Servizi sociali			01 <input type="checkbox"/> Generica		
02 <input type="checkbox"/> MMG/PLS			02 <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare		
03 <input type="checkbox"/> Ospedale			03 <input type="checkbox"/> Centro diurno		
04 <input type="checkbox"/> Ospedale per Dimissione Protetta			04 <input type="checkbox"/> Ospitalità temporanea riabilitativa		
05 <input type="checkbox"/> Struttura residenziale extraospedaliera			05 <input type="checkbox"/> Altra ospitalità temporanea		
06 <input type="checkbox"/> Utente/familiare			06 <input type="checkbox"/> Accoglimento in residenza		
07 <input type="checkbox"/> Altro					
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/home	P ¹	età	Profess.	Ind/tel.	L ²	β	Si occupa di ⁴			β	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 della casa
		5 <input type="checkbox"/>	Trasporto / accompagnamento	8 <input type="checkbox"/>	Assistenza alla persona

3. Situazione abitativa e reddito

Situazione abitativa			
Titolo di godimento (solo una risposta)			
1 <input type="checkbox"/>	Proprietà	In affitto da:	
2 <input type="checkbox"/>	Usufrutto	5 a	<input type="checkbox"/> Privato
3 <input type="checkbox"/>	Titolo gratuito	5 b	<input type="checkbox"/> Pubblico
4 <input type="checkbox"/>	Non proprio, non in affitto	E' in atto lo sfratto esecutivo? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
Dislocazione nel territorio (solo una risposta) <small>rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia , trasporti)</small>			
1 <input type="checkbox"/>	Servita		
2 <input type="checkbox"/>	Poco servita		
3 <input type="checkbox"/>	Isolata		
Barriere architettoniche (solo una risposta)			
1 <input type="checkbox"/>	Assenti	Piano	
2 <input type="checkbox"/>	Solo esterne	Ascensore <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
3 <input type="checkbox"/>	Interne		
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 e/o esterne che limitano l'anziano nel corretto utilizzo delle sue risorse residue o dei servizi)		
3 <input type="checkbox"/>	Abitazione non idonea (alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano, e/o sfratti esecutivi, e/o isolato)		
Note			
Situazione economica: reddito mensile			
Reddito totale dell'anziano (inclusa l'eventuale indennità di accompagnamento se percepita o anche solo riconosciuta)		Euro	
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"/> oltre € 50.000,00	
		<input type="checkbox"/> non noti	
Spesa per affitto o mutuo		Euro	
Ulteriore disponibilità economica mensile dichiarata dai familiari per l'assistenza		<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			

