



## 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	
<b>Residenza - via</b>				Tel.	
Comune		Distretto Socio Sanitario Uno ASL Bari		Prov.	
<b>Stato civile</b>	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			
<b>Sesso</b>	1 <input type="checkbox"/> M	2 <input type="checkbox"/> F			
<b>Istruzione</b>					
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	
<b>Pensione</b>	1 <input type="checkbox"/> nessuna	2 <input type="checkbox"/> minima/sociale	3 <input type="checkbox"/> altra pensione		
<b>Ultima professione</b>					
<b>Invalidità civile</b>	1 <input type="checkbox"/> si	2 <input type="checkbox"/> no	<b>Indennità accompagn.</b>	1 <input type="checkbox"/> si	2 <input type="checkbox"/> no
				3 <input type="checkbox"/> in attesa	
<b>Domanda di intervento (una sola risposta)</b>					
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					
<b>Iniziativa della domanda (una sola risposta)</b>			<b>Tipologia della domanda (una sola risposta)</b>		
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					
<b>Medico curante</b>			Tel.		
<b>Persona di riferimento contattabile</b>					
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 <sup>1</sup>	età	Profess.	Ind/tel.	L <sup>2</sup>	β	Si occupa di <sup>4</sup>			β	Si occuperà di <sup>4</sup>				
								ADL	IADL	super visione		ADL	IADL	super visione		
1																
2																
3																
..																

### Altre persone attive (compreso personale privato)

1																
2																
..																

### Legenda

<b>1. Parentela</b>	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.
<b>2. Lontananza</b>	C = convivente; V = immediate vicinanze; 15 = entro 15 minuti; 30 = entro 30 minuti; 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora.
<b>3. Intensità attivazione attuale</b>	Indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza (o lo è stata finora).
<b>4. Si occupa di</b>	Crocettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), IADL (pulizia casa, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna).
<b>5. Intensità attivazione possibile</b>	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			
<b>Titolo di godimento</b> (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	
<b>Dislocazione nel territorio</b> (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		
<b>Barriere architettoniche</b> (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		
<b>Giudizio sintetico</b>			
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)		
<b>Note</b>			
<b>Situazione economica: reddito mensile</b>			
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	
<b>Note</b>			

