AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI CAULONIA
Comune di Caulonia (capofila)

SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE

FNA – Annualità 2022

Dati identificativi

Nome e cognome istante: _____Data di nascita: _____

Domicilio:_____Via:_____

Comune: _____ ATS: Caulonia

Distretto sanitario: _____

Caregiver presente: ☐ Sì ☐ No

Se presente definire grado di parentela: _____

Nome e cognome caregiver_____

Se caregiver assente, motivazione: _____

Altra persona presente alla valutazione e rapporto con l'istante:

Nome_____Cognome_____Grado di parentela_____

Assistente sociale valutatore: _____

SEZIONE A – SITUAZIONE ABITATIVA

Item 1 – Spazio fruibile

Voce / Condizione	Selezione	Punti
Non sufficiente	☐	2
Parzialmente sufficiente	☐	1
Sufficiente	☐	0

Note / elementi rilevati:

_____

Valutare numero e uso dei vani, riposo, luminosità e aerazione in rapporto alle condizioni della persona.

Item 2 – Riscaldamenti

Voce / Condizione	Selezione	Punti
Assenti	☐	4
Presenti solo in alcuni locali	☐	2
Presenti in tutti i locali	☐	0
Impianti non sicuri (stufe ecc.)	☐	2
Impianti sicuri (centralizzato/condizionatori ecc.)	☐	0

Note / elementi rilevati:

_____

in caso di presenza sommare i punteggi relativi ai locali serviti e alla sicurezza dell'impianto (annotare il tipo di riscaldamento se presente)

Item 3 – Servizi igienici

Voce / Condizione	Selezione	Punti
Assenti o esterni all'abitazione	☐	4
Persona allettata impossibilitata a usufruirne per condizioni fisiche	☐	4
Presenti non adeguati	☐	3
Presenti parzialmente adeguati	☐	2
Presenti e adeguati	☐	0

Note / elementi rilevati:

_____

Valutare adeguatezza strutturale, igienica e accessibilità rispetto alle condizioni fisiche della persona.

Totale item 1 ____ + item 2 ____ + item 3 ____ = ____ /12

Riconversione del punteggio

Voce / Condizione	Selezione	Punti
Alloggio giudicato idoneo – totale da 0 a 5	☐	3

Mancanza di alcuni servizi – totale da 6 a 12	☐	2

Note / elementi rilevati:

_____

Presenza di barriere architettoniche

Voce / Condizione	Selezione	Punti
Solo esterne o solo interne all'abitazione	☐	2
Sia interne sia esterne all'abitazione	☐	1

Note / elementi rilevati:

_____

Tipologia barriere:

_____

Ulteriori elementi per parità di punteggio

Titolo di godimento dell'abitazione

Voce / Condizione	Selezione	Punti
Proprietà / usufrutto	☐	0
Comodato d'uso gratuito	☐	1
Assegnazione alloggio pubblico	☐	2
Fitto	☐	3

Note / elementi rilevati:

_____

Dislocazione rispetto ai servizi

Voce / Condizione	Selezione	Punti
Servita	☐	0
Parzialmente servita	☐	1
Non servita	☐	3

Note / elementi rilevati:

_____

SEZIONE B – Situazione familiare, rete di cura e supporto

Famiglia collaborante e in grado di fornire assistenza (almeno 4 dei 6 elementi)

Presenza nucleo familiare collaborante nell'assistenza sociosanitaria necessaria	☐
Caregiver identificato e attivo anche nell'assistenza sanitaria	☐
Collaboratori del caregiver / sostituti presenti in caso di assenza	☐
Rete a pagamento di supporto al caregiver con numero congruo di ore	☐
Capacità di cura e supporto continuativo nell'arco delle 24 ore da parte della rete familiare	☐
Riscontro di risorse assistenziali esterne (parenti, vicini, volontari)	☐

Note:

Famiglia con necessità di aiuto (almeno 4 degli 8 elementi)

Nucleo ridotto / coniuge anziano / coniuge assente per lavoro o altri motivi	☐
Presenza di minori, anziani non autosufficienti o persone con disabilità non autosufficienti	☐
Caregiver attivo ma con necessità di supporto soprattutto sanitario	☐
Collaboratori o sostituti del caregiver presenti saltuariamente	☐
Rete a pagamento saltuaria o limitata ad alcune ore	☐
Assenza di rete di supporto a pagamento	☐
Cura continuativa garantita dal caregiver e solo saltuariamente da altri familiari	☐
Rete assistenziale esterna assente o limitata a collaborazioni momentanee	☐

Note:

Famiglia incapace e non collaborante (almeno 4 dei 7 elementi)

Nucleo assente o presente ma non collaborativo / solo sostegno sociale	☐
Presenza nel nucleo di minori, anziani o persone con disabilità non autosufficienti	☐
Caregiver identificato ma non attivo, con capacità di assistenza limitata	☐
Collaboratori e sostituti assenti o incapaci di fornire supporto	☐
Assenza di rete a pagamento a supporto del caregiver	☐

Incapacità di garantire assistenza continuativa nell'arco delle 24 ore	☐
Rete assistenziale esterna inesistente o sporadica	☐

Note:

_____

Senza famiglia o amici – elementi descrittivi

Celibe/nubile ☐ Vedovo/a ☐ Separato/a ☐ Senza figli ☐	☐
Figli non residenti nella stessa città o centro abitato	☐
Assenza di parenti prossimi nella stessa città o centro abitato	☐
Assenza totale di rete di sostegno amicale / vicinato / volontariato	☐
Presenza saltuaria e collaborazione limitata di amici/vicinato/volontariato	☐
Assenza di rete a pagamento	☐
Presenza saltuaria di rete a pagamento	☐
Presenza continuativa di rete a pagamento per un numero congruo di ore	☐
Presenza di servizi di sostegno da parte del Comune di residenza	☐

Note:

_____

Valutazione sezione B – selezionare una sola categoria:

Riepilogo

Voce / Condizione	Selezione	Punti
Famiglia collaborante e in grado di fornire assistenza	☐	4
Famiglia con necessità di aiuto	☐	3
Famiglia incapace e non collaborante	☐	2
Senza famiglia o amici	☐	1

Note / elementi rilevati:

_____

SEZIONE C – CONTATTO SOCIALE

Indicare come la persona gestisce la propria vita di relazione.

Item 1 – Incontra amici, conoscenti e parenti?

Condizione	Selezione	Punti

No	☐	1
Sì, occasionalmente	☐	
Sì, frequentemente	☐	

Item 2 – Se incontra persone, deve essere stimolata e/o accompagnata?

Voce / Condizione	Selezione	Punti
Sì	☐	1
No	☐	2

Note / elementi rilevati:

_____

Item 3 – Riceve visite da parenti, amici o conoscenti nella propria abitazione?

Voce / Condizione	Selezione	Punti
No	☐	0
Sì, occasionalmente	☐	1
Sì, frequentemente	☐	2

Note / elementi rilevati:

_____

Totale item 2 ____ + item 3 ____ = ____

Tabella di conversione riportata nel modello originario

Voce / Condizione	Selezione	Punti
Da 1 a 2	☐	2
Da 3 a 4	☐	3

Note / elementi rilevati:

_____

Note e chiusura valutazione

Osservazioni e fattori sociali rilevanti:

_____

_____

Sede del rilevamento: _____

Data: _____

Firma caregiver o sostituto:

_____

Firma assistente sociale:

_____