

Valutazione del grado di autosufficienza
Dati sulla situazione sociale

Cognome _____

Nome _____

Residenza _____

Quadro A
SITUAZIONE ECONOMICA

1. Reddito personale

Reddito netto mensile: _____

% Invalidità: _____

Assegno di accompagnamento Si No

2. Reddito dei nuclei familiari dei parenti tenuti per Legge agli alimenti

Nuclei (Grado parentela)	n. componenti il nucleo	Convivente con l'anziano	Reddito Compl. del nucleo	Reddito pro-capite
1		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
2		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
3		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
4		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
5		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
6		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
7		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
8		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

NOTA

1. Situazione economica dell'anziano

- **Idonea:** reddito netto superiore a € _____ procapite

- **Parz. Idonea:** reddito netto da € _____ a € _____ procapite

- **Non Idonea:** reddito netto inferiore a € _____ procapite

2. Situazione economica dei nuclei familiari dei parenti dell'anziano

- **Idonea:** reddito netto superiore a € _____ procapite

- **Parz. Idonea:** reddito netto da € _____ a € _____ procapite

- **Non Idonea:** reddito netto inferiore a € _____ procapite

Quadro B

SITUAZIONE FAMILIARE E DI INTEGRAZIONE SOCIALE

1. Con chi vive

Solo
 Con i figli
 Con il coniuge
 Con altri

2. Rapporti con i familiari

Grado parent.*	Quotidiani	Frequenti	Saltuari	Inesistenti
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8				

* Nel caso si tratti di familiari già indicati nel quadro A si ripete il numero corrispondente

Esistenza di eventuali situazioni conflittuali:

3. Rapporti con gli amici e il vicinato

Ottimi
 Buoni
 Sufficienti
 Carenti
 Conflittuali

4. Come trascorre la giornata (Attività prevalenti)

TV
 Piccole occupazioni familiari
 Hobbies
 Cinema/Teatro
 Circoli/Bar
 Lavori domestici
 Letto/poltrona

NOTA

Situazione idonea: Buon livello di accettazione familiare e sociale

Parz. idonea: Discreto livello di accettazione familiare e sociale - rapporti saltuari con il clan familiare e sociale - rapporti saltuari con il clan familiare e sufficienti rapporti con la comunità

Non idonea: Conflittuali o inesistenti rapporti con il clan familiare e con la comunità.

Quadro C

SITUAZIONE ABITATIVA

1. Localizzazione	<input type="checkbox"/> Casa isolata	<input type="checkbox"/> Gruppo di case
	<input type="checkbox"/> Centro storico	<input type="checkbox"/> Periferia
2. Servizi di trasporto	<input type="checkbox"/> Sufficienti	<input type="checkbox"/> Insufficienti
	<input type="checkbox"/> Accessibili	<input type="checkbox"/> Non accessibili
3. Si sposta abitualmente	<input type="checkbox"/> Con mezzi pubblici	
	<input type="checkbox"/> Con mezzi propri	
	<input type="checkbox"/> A piedi	
4. Piano dell'abitazione	<input type="checkbox"/> terra	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> >5	
5. Ascensore	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
6. Numero di vani:	Ha una stanza propria?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
7. Riscaldamento	<input type="checkbox"/> Termosifone	<input type="checkbox"/> Stufe
	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> No
8. Approvvigionamento di acqua	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
9. Umidità	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tracce <input type="checkbox"/> Molta
10. Luminosità naturale	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Insufficiente
11. Elettricità	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
12. Telefono	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
13. Titolo di godimento dell'abitazione	<input type="checkbox"/> Affitto - canone mensile L	
	<input type="checkbox"/> Proprietà	
	<input type="checkbox"/> Altro	
14. Barriere architettoniche (specificare)	<input type="checkbox"/> Interne	
	<input type="checkbox"/> Esterne	

NOTA

Situazione idonea: Sana, con tutti i comforts, priva di barriere architettoniche.

Parz. idonea: Modesto degrado, riscaldamento parziale, barriere architettoniche facilmente eliminabili.

Non idonea: Barriere architettoniche non eliminabili, alto degrado dell'ambiente

Quadro D

SITUAZIONE ASSISTENZIALE

1. Tipo di sostegno in atto

Da parte di (*)	Tipologia	Frequenza

(*) Indicare il soggetto che eroga l'intervento: familiari, comune, USL, volontariato, e cc.

2. Se ha bisogno di aiuto può ricorrere a

<input type="checkbox"/> Coniuge	<input type="checkbox"/> Familiari conviventi
<input type="checkbox"/> Parenti non conviventi	<input type="checkbox"/> Vicini/volontariato
<input type="checkbox"/> Personale retribuito	

3. Servizi richiesti	dall'anziano	dai familiari
Ossistenza domic. domestici.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza domic. inferm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contributo economico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strutture ospitalità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro diurno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasti a domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servizio lavanderia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulenza sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compagnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTA:

Situazione idonea: Convive con i familiari che lo curano; è seguito dai familiari con rapporti quotidiani o frequenti.

Parz. idonea: Ha assistenza domiciliare rispondente alle sue necessità; ha assistenza saltuaria dei familiari/ vicinato/volontariato

Non idonea: Privo di assistenza dei parenti; rapporti con il vicinato e/o volontariato nulli

Data

L'assistente sociale