SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

REGGIO CALABRIA

REGIONE CALABRIA

SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE

(FNA 2014)

DATI IDENTIFICATIVI DELL'ISTANTE E DEL CARE GIVER CHE PRESENZIA ALLA VALUTAZIONE

NOME ..... COGNOME .....

DATA DI NASCITA ..... DOMICILIO .....

VIA .....

AMBITO SOCIALE ..... DISTRETTO SANITARIO .....

CARE GIVER PRESENTE GRADO DI PARENTELA .....

NOME ..... COGNOME .....

CARE GIVER NON PRESENTE MOTIVAZIONE .....

.....

IN ASSENZA DEL CARE GIVER PRESENZIA ALLA VALUTAZIONE

NOME ..... COGNOME .....

GRADO DI PARENTELA .....

ASSISTENTE SOCIALE IMPEGNATO NELLA VALUTAZIONE

NOME ..... COGNOME .....

Prot. n. 0014819 del 28-10-2026 in arrivo

Comune di Villa San Giovanni (RC) - Prot. n. 0035487 del 28-10-2026 in partenza Cat 2 Cl. 7 Fascicolo

Prot. n. 0014819 del 28-10-2026 in arrivo

Comune di Villa San Giovanni (RC) - Prot. n. 0035487 del 28-10-2026 in partenza Cat 2 Cl. 7 Fascicolo

SEZIONE "A "
SITUAZIONE ABITATIVA

IDONEITA' ALLOGGIO

Item n°1

SPAZIO FRUIBILE				
NON SUFFICIENTE				p.ti 2
PARZIALMENTE SUFFICIENTE				p.ti 1
SUFFICIENTE				p.ti 0

NOTA: La sufficienza si valuta rispetto al n. vani disponibili per i componenti il nucleo familiare ma soprattutto in relazione alla presenza di una stanza per il riposo esclusiva o condivisa col solo eventuale coniuge. La sufficienza deve essere valutata anche in relazione alla luminosità ed areazione dei locali soprattutto di quelli che utilizza di più l'istante.

Annotazione delle situazioni riscontrabili che maggiormente hanno influenzato il giudizio dell'operatore.....

.....

.....

.....

Item n°2

RISCALDAMENTI				
ASSENTI				p.ti 4
PRESENTI SOLO IN ALCUNI LOCALI				p.ti 2
PRESENTI IN TUTTI I LOCALI				p.ti 0
IMPIANTI NON SICURI (stufe etc.)				p.ti 2
IMPIANTI SICURI (impiantocentralzzato/condizionatori etc.)				p.ti 0

NOTE

In caso di presenza sommare i punteggi relativi alla presenza nei locali e la loro sicurezza /Annotare il tipo di riscaldamento se presente

.....

.....

Item n°3

SERVIZI IGIENICI				
ASSENTI o ESTERNI ALL'ABITAZIONE				p.ti 4
PAZIENTE ALLETTATO CHE NON PUO' USUFRUIRE DEI SERVIZI IGIENICI PER LE SUE CONDIZIONI FISICHE				p.ti 4
PRESENTI NON ADEGUATI				p.ti 3
PRESENTI E PARZIALMENTE ADEGUATI				p.ti 2
PRESENTI E ADEGUATI				p.ti 0

NOTA :Il grado dell'adeguatezza dei servizi deve essere valutato in relazione alle loro condizioni strutturali, igieniche, e rapportato alle condizioni fisiche dell'istante (ad es. presenza di accessori specifici per disabili) .

Annotazione delle situazioni riscontrabili che maggiormente hanno influenzato il giudizio dell'operatore.....

.....

.....

.....

PUNTEGGIO TOTALE				
Item n° 1				p.ti 0
Item n° 2				p.ti 0
Item n° 3				p.ti 0
			totale	/12

Riconversione del punteggio riportato nei valori indicati nella tabella regionale

ALLOGGIO GIUDICATO IDONEO	Da	0	a	5	Pti	3
MANCANZA DI ALCUNI SERVIZI ALL'INTERNO DELL'ALLOGGIO	Da	6	a	12	Pti	2

PRESENZE BARRIERE ARCHITETTONICHE					
SOLO ESTERNE O INTERNE ALL'ABITAZIONE				p.ti	2
SIA INTERNE CHE ESTERNE ALL'ABITAZIONE				p.ti	1

NOTA

Annotare la/le tipologia di barriera esistente/i: .....

.....

.....

Altri Item da valutare e da utilizzare in caso di parita' di punteggio della valutazione sociale

TITOLO DI GODIMENTO DI ABITAZIONE				
PROPRIETA' / USUFRUTTO				p.ti 0
COMMODATO D'USO GRATUITO				p.ti 1
ASSEGNAZIONE ALLOGGIO PUBBLICO				p.ti 2
FITTO				p.ti 3

DISLOCAZIONE SUL TERRITORIO RISPETTO AI SERVIZI				
SERVITA				p.ti 0
PARZIALMENTE SERVITA (sita furi dal centro abitato ma con servizi mezzi di collegamento – negozi etc.)				p.ti 1
NON SERVITA (sita in luogo isolato senza servizi mezzi di collegamento – negozi etc.)				p.ti 3

Prot. n. 0014819 del 28-10-2026 in arrivo

Comune di Villa San Giovanni (RC) - Prot. n. 0035487 del 28-10-2026 in partenza Cat 2 Cl. 7 Fascicolo

Prot. n. 0014819 del 28-10-2026 in arrivo

Comune di Villa San Giovanni (RC) - Prot. n. 0035487 del 28-10-2026 in partenza Cat 2 Cl. 7 Fascicolo

SEZIONE "B"

SITUAZIONE FAMILIARERETE DI CURA E SUPPORTO

FAMIGLIA COLLABORANTE ED IN GRADO DI FORNIRE ASSISTENZA	
Presenza di un nucleo familiare che collabora nell'assistenza socio – sanitaria necessaria all'istante	
Presenza di un care giver identificato e attivo anche nell'assistenza sanitaria(esecuzioni terapia – utilizzo strumenti elettromedicali – riconoscimento segnali di eventuali criticità etc.)	
Presenza di collaboratori del care giver od eventuali sostituti in caso di assenza dello stesso per impedimenti vari, tutti capaci e attivi anche nell'assistenza sanitaria(esecuzioni terapia – utilizzo strumenti elettromedicali - riconoscimento segnali di eventuali criticità etc.)	
Presenza di rete a pagamento come supporto al care giver(badante etc. – congruo numero di ore diurne / notturne di assistenza)	
Capacita di frequenza di cura e supporto continuativo (nell'arco delle 24h) da parte della rete familiare	
Riscontro di potenzialità assistenziali esterne al nucleo familiare attraverso la presenza di una rete di assistenza parentale / amicale/vicini di casa/ di volontariato con scopi di: supporto/ eventuali sostituzioni all care giver/ socializzazione	

Per considerare una famiglia collaborante ed in grado di fornire assistenza bisogna riscontrare positività in almeno 4dei 6 item sopra elencati.

EVENTUALI NOTE DESCRITTIVE

.....

.....

.....

FAMIGLIA CON NECESSITA' DI AIUTO	
Presenza di un nucleo familiare ridotto: presenza solo del coniuge/ coniuge anziano/ coniuge assente per motivi lavorativi o altro/ famiglia monogenitoriale per separazione o per stato di vedovanza	
Presenza all'interno del nucleo familiare di 1 o piu' minori /1 o piu' anziani non autosufficienti /1 o piu' disabili non autosufficienti oltre all'istante	
Presenza di un care giver identificato e attivo anche nell'assistenza sanitaria ma che comunque ha necessità di supporto sopratutto sanitario	
Presenza saltuaria di collaboratori, anche al di fuori del nucleo familiare, del care giver od eventuali sostituti in caso di assenza dello stesso per impedimenti vari	
Presenza saltuaria di rete a pagamento come supporto al care giver(badante etc.) limitata a qualche ora di presenza nell'arco delle 24h	
Assenza di rete di supportoal care giver a pagamento (badante etc.)	
Capacita di frequenza di cura e supporto continuativo (nell'arco delle 24h) garantita solo dal care giver e saltuariamente da altri componenti della famiglia quando presenti	
Rete assistenziali esterne al nucleo familiare non esistente. Collaborazioni momentanee attraverso la presenza di parenti o amici e vicini di casa .Assente il volontariato.	

Per considerare una famiglia necessaria di aiuto, bisogna riscontrare positività in almeno 4 dei 8 item sopra elencati.

EVENTUALI NOTE DESCRITTIVE

.....

.....

.....

FAMIGLIA INCAPACE E NON COLLABORANTE	
Nucleo familiare assente o presente ma non collaborativo o saltuariamente collaborativo per i soli aspetti di sostegno sociale	
Situazione gravata dalla presenza all'interno del nucleo familiare di 1 o piu' minori /1 o piu' anziani non autosufficienti /1 o piu' disabili non autosufficienti oltre all'istante	
Presenza di un care giver identificato ma non attivo. Dimostra solo alcune capacità di assistenza sociale. Incapace o scarsamente capace di svolgere funzioni di supporto sanitario (esecuzioni terapia – utilizzo strumenti elettromedicali – riconoscimento segnali di eventuali criticità etc.)	
Assenza o presenza saltuaria di collaboratori, anche al di fuori del nucleo familiare, del care giver od eventuali sostituti in caso di assenza dello stesso per impedimenti vari. Comunque incapaci di dare eventuali supporti sanitari non complessi.	
Assenza di rete a pagamento come supporto al care giver (badante etc.)	
Incapacita di garantire la cura ed di supporto continuativo (nell'arco delle 24h) con necessità di assistenza soprattutto sanitaria per un congruo numero di ore nelle 24h	
Rete assistenziali esterne al nucleo familiare non esistente, o di sporadica e momentanea costituzione	

Per considerare una famiglia necessaria di aiuto, bisogna riscontrare positività in almeno 4 dei 7 item sopra elencati.

EVENTUALI NOTE DESCRITTIVE

.....

.....

.....

SENZA FAMIGLIA O AMICI									
Istante	Celibe		Vedovo/A		Separato/A		Senza Figli		
Istante con figli non residenti nella stessa citta' o centro abitato									
Istante senza parenti prossimi residenti nella stessa citta' o centro abitato									
Assenza totale di rete di sostegno amicale / di vicinato / di volontariato									
Saltuaria presenza e collaborazione limitata amicale/ di vicinato/ di volontariato									
Assenza di rete a pagamento									
Presenza saltuaria di rete a pagamento									
Presenza Costante Per Un Numero Congruo Di Ore Nell'arco Delle 24h Di Rete A Pagamento									
Presenza di servizi di sostegno o forme di sostegno da parte del comune di residenza									

EVENTUALI NOTE DESCRITTIVE

.....

.....

Prot. n. 0014819 del 28-10-2026 in partenza Cat 2 Cl. 7 Fascicolo
Comune di Villa San Giovanni (RC) - Prot. n. 0035487 del 28-10-2026 in partenza Cat 2 Cl. 7 Fascicolo

Prot. n. 0014819 del 28-10-2026 in arrivo

Comune di Villa San Giovanni (RC) - Prot. n. 0035487 del 28-10-2026 in partenza Cat 2 Cl. 7 Fascicolo

VALUTAZIONE SEZIONE" B "

FAMIGLIA COLLABORANTE ED IN GRADO DI FORNIRE ASSISTENZA		p.ti 4
FAMIGLIA CON NECESSITA' DI AIUTO		p.ti 3
FAMIGLIA INCAPACE E NON COLLABORANTE		p.ti 2
SENZA FAMIGLIA O AMICI		p.ti 1

SEZIONE " C "

CONTATTO SOCIALE

INDICARE COME IL PAZIENTE GESTISCE LA PROPRIA VITA DI RELAZIONE

Item 1 – INCONTRA ~~FUORI CASA~~ AMICI, CONOSCENTI E PARENTI?

NO		
SI OCCASIONALMENTE		
SI FREQUENTEMENTE		

Se la risposta è NO sarà assegnato punti 1 come da tabella regionale.

Item 2- SE HANNO RISPOSTO SI ALLA DOMANDA PRECEDENTE:

Per incontrare amici, conoscenti e parenti l'anziano/disabile deve essere stimolato e/o accompagnato?

SI		p.ti 1
NO		p.ti 2

Item 3 l'ANZIANO/DISABILE NELLA PROPIA ABITAZIONE RICEVE VISITE DA PARENTI, AMICI, CONOSCENTI?

NO		p.ti 0
SI OCCASIONALMENTE		p.ti 1
SI FREQUENTEMENTE		p.ti 2

Totale

Item 2		p.ti
Item 3		p.ti
TOTALE		

Tabella di conversione

Da 1 a 2		p.ti 2
Da 3 a 4		p.ti 3

NOTE

SEDE DEL RILEVAMENTO .....

DATA DEL RILEVAMENTO .....

FIRMA DEL CARE GIVER O SUO SOSTITUTO .....

FIRMA DELL'ASSISTENTE SOCIALE .....

Prot. n. 0014819 del 28-10-2026 in arrivo

Comune di Villa San Giovanni (RC) - Prot. n. 0035487 del 28-10-2026 in partenza Cat 2 Cl. 7 Fascicolo