|  |
| --- |
| **PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (P. I.)** |
| Cognome: // - Nome: // - Sesso: // Nata/o a // il // C.F.: // Residenza: CAP COMUNE- VIA, N. |
| □ BUONO CAREGIVER □ BUONO ASSISTENTE FAMILIARE |
| Composizione del Nucleo Familiare *(con chi vive abitualmente la persona)* |
| Care-giver principale: |
| Tutore **□** Curatore **□** Amministratore di sostegno **□ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Altre figure di riferimento,specificare*(es. vicini, volontari, amici,ecc.)* |
| Presenza di familiari che usufruiscono dei benefici relativi alla L. 104/92 **□** NO **□** SI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| MMG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **SITUAZIONE ASSISTENZIALE AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE** | |
| Chi fa (famiglia-servizi-altro) | Cosa fa |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SERVIZI RETE SOCIO-SANITARIA E SOCIO-ASSISTENZIALE** | | |
| □ ADI | □ Servizio pasti a domicilio | □ ALTRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ CDI | □ SAD |
| □ RSA aperta | □ Servizio di trasporto |
| □ Residenzialità assistita | □ CSE |
| □ CDD | □ SFA |
| □ Fondo “Dopo di noi” | □ Servizio Educativo Domiciliare |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **VALUTAZIONE CONDIZIONE ABITATIVA** | | | | |
| Spazi adeguati | □SI □NO | | Note: | |
| Condizioni igieniche | □ SI □ NO | | Note: | |
| Barriere architettoniche | □ SI □ NO | | Note: | |
| Casa isolata o poco servita (negozi, servizi, ecc) | □ SI □ NO | | Note: | |
| **VALUTAZIONE SITUAZIONE ECONOMICA** | | | | |
| Situazione lavorativa | | Occupato**□**Non occupato **□**  Disoccupato**□**Pensionato **□**  Studente **□** | | Note: |
| Situazione pensionistica | | Nessuna **□** Anzianità/vecchiaia **□** Minima/sociale **□** Invalidità **□** Reversibilità **□** Altra tipologia (es. infortunio sul lavoro…) **□** | | Note: |
| Indennità di accompagnamento | | SI □ NO □ In corso definizione pratica □ | | |
| Altre misure economiche erogate da enti pubblici/privati | | □ contributi economico- assistenziali  □ altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Altre fonti di reddito presenti nel nucleo (coniuge, figli, ecc) | |  | | |
| ISEE | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ESITI DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE** | |
| **Strumenti utilizzati** | |
| □ Visita domiciliare | □ Scale di valutazione:  □ Triage \_\_\_\_\_\_\_  □ Barthel \_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ ADL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ IADL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ Doc. sanitaria |  |
| □ Doc. economica |  |

|  |
| --- |
| **SINTESI DEI BISOGNI** |
| □ Potenziamento assistenza diretta (assistente familiare, servizi a pagamento,…)  □ Attivazione e/o potenziamento di interventi educativi rivolti a minori  □ Economici: □Spese di trasporto (verso strutture ospedaliere, CDI, CSE, CDD)  □Spese mediche e/o farmaceutiche  □ Retta per inserimento presso CDI  □ Spese sostenute per SAD e pasti a domicilio  □ Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Obiettivo: | Intervento previsto: | Tempi:  □ breve periodo  □ medio periodo  □ lungo periodo |
| Obiettivo: | Intervento previsto: | Tempi:  □ breve periodo  □ medio periodo  □ lungo periodo |
| Obiettivo: | Intervento previsto: | Tempi:  □ breve periodo  □ medio periodo  □ lungo periodo |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Equipe Valutazione Multidimensionale- Data (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)** | | | |
| **Figura professionale** | **Nome e cognome** | **Ente di appartenenza** | **Firma** |
| □ Assistente Sociale |  | Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| □ Fisioterapista | Flotta Ivana | ASST |  |
| □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA CONDIVISO CON:** | **Nome** | **Data** | **Firma** |
| □Beneficiario  □Familiare  □Amministratore di sostegno  □Tutore/Curatore |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VERIFICHE INTERMEDIE** *(da effettuare entro la chiusura del bando in corso)* | | |
| Data: | Obiettivo:  Monitoraggio della situazione | Esito:  □ situazione inalterata  □ aggravamento situazione  □ altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data: | Obiettivo:  Monitoraggio della situazione | Esito:  □ situazione inalterata  □ aggravamento situazione  □ altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **CHIUSURA PROGETTO** | |
| Data: | Motivo:  □ inserimento in struttura residenziale  □ decesso  □ altro (*es. passaggio in B1,…*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |