

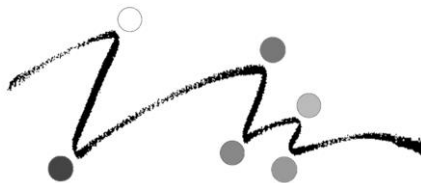
Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

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

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

| SERVIZI RETE SOCIO-SANITARIA E SOCIO-ASSISTENZIALE | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADI | <input type="checkbox"/> Servizio pasti a domicilio | <input type="checkbox"/> ALTRO _____ |
| <input type="checkbox"/> CDI | <input type="checkbox"/> SAD | |
| <input type="checkbox"/> RSA aperta | <input type="checkbox"/> Servizio di trasporto | |
| <input type="checkbox"/> Residenzialità assistita | <input type="checkbox"/> CSE | |
| <input type="checkbox"/> CDD | <input type="checkbox"/> SFA | |
| <input type="checkbox"/> Fondo "Dopo di noi" | <input type="checkbox"/> Servizio Educativo Domiciliare | |

| VALUTAZIONE CONDIZIONE ABITATIVA | | |
|---|---|-------|
| Spazi adeguati | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Note: |

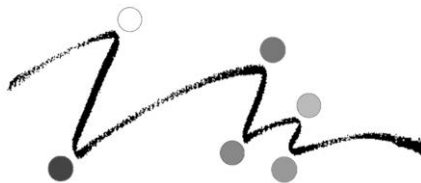


Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

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

| | |
|--|--|
| ESITI DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE | |
| Strumenti utilizzati | |
| <input type="checkbox"/> Visita domiciliare | <input type="checkbox"/> Scale di valutazione: <input type="checkbox"/> Triage _____ <input type="checkbox"/> Barthel _____ <input type="checkbox"/> ADL _____ <input type="checkbox"/> IADL _____ |
| <input type="checkbox"/> Doc. sanitaria | |
| <input type="checkbox"/> Doc. economica | |

| |
|---|
| SINTESI DEI BISOGNI |
| <input type="checkbox"/> Potenziamento assistenza diretta (assistente familiare, servizi a pagamento,...) <input type="checkbox"/> Attivazione e/o potenziamento di interventi educativi rivolti a minori <input type="checkbox"/> Economici: <input type="checkbox"/> Spese di trasporto (verso strutture ospedaliere, CDI, CSE, CDD) <input type="checkbox"/> Spese mediche e/o farmaceutiche <input type="checkbox"/> Retta per inserimento presso CDI <input type="checkbox"/> Spese sostenute per SAD e pasti a domicilio <input type="checkbox"/> Altro _____ |



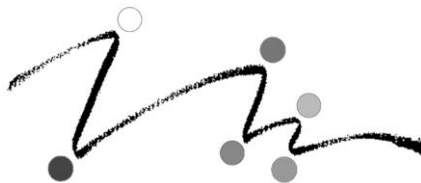
Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

| | | |
|------------|----------------------|--|
| Obiettivo: | Intervento previsto: | Tempi: <input type="checkbox"/> breve periodo <input type="checkbox"/> medio periodo <input type="checkbox"/> lungo periodo |
| Obiettivo: | Intervento previsto: | Tempi: <input type="checkbox"/> breve periodo <input type="checkbox"/> medio periodo <input type="checkbox"/> lungo periodo |
| Obiettivo: | Intervento previsto: | Tempi: <input type="checkbox"/> breve periodo <input type="checkbox"/> medio periodo <input type="checkbox"/> lungo periodo |

| Equipe Valutazione Multidimensionale- Data (_____) | | | |
|---|-----------------------|-----------------------------|--------------|
| Figura professionale | Nome e cognome | Ente di appartenenza | Firma |
| <input type="checkbox"/> Assistente Sociale | | Comune di _____ | |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapista | Flotta Ivana | ASST | |
| <input type="checkbox"/> _____ | | | |

| PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA CONDIVISO CON: | Nome | Data | Firma |
|--|-------------|-------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> Tutore/Curatore | | | |

| VERIFICHE INTERMEDIE (da effettuare entro la chiusura del bando in corso) | | |
|--|---|--|
| Data: | Obiettivo: Monitoraggio della situazione | Esito: <input type="checkbox"/> situazione inalterata <input type="checkbox"/> aggravamento situazione <input type="checkbox"/> altro _____ |
| Data: | Obiettivo: Monitoraggio della situazione | Esito: <input type="checkbox"/> situazione inalterata <input type="checkbox"/> aggravamento situazione <input type="checkbox"/> altro _____ |



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

| CHIUSURA PROGETTO | |
|--------------------------|---|
| Data: | Motivo: <input type="checkbox"/> inserimento in struttura residenziale <input type="checkbox"/> decesso <input type="checkbox"/> altro (es. <i>passaggio in B1,...</i>) _____ |