|  |
| --- |
| **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,…*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |