 

|  |
| --- |
| **All. 5 - PROGETTO INDIVIDUALE PERSONALIZZATO E PARTECIPATO**Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili  |
| Cognome: Nome: Sesso: F **□** M **□** |
| Luogo di Nascita: Data di nascita: |
| Residente a: Via:Cap: Telefono: |
| Codice Fiscale:  |
| Domiciliato a (se ≠ da residenza): Via Cap: Telefono: |
| MMG/PDF: |

|  |
| --- |
| **Composizione del Nucleo Familiare** *(indicare i nominativi - nome, cognome, occupazione/formazione)* |
|  |
| □ Caregiver 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 **□** SI **□** NO …………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **Condizione abitativa** |
| Spazi adeguati | **SI □**  | **NO □** | Note: |
| Condizioni igieniche | **SI □**  | **NO □** | Note: |
| Barriere architettoniche | **SI □**  | **NO □** | Note: |
| Criticità particolari dell’alloggio  | **SI □**  | **NO □** | Specificare:(es. muffa, isolamento, sfratto, mutuo, servizi igienici esterni) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Situazione economica** |
| **Situazione Pensionistica**□ Nessuna □anzianità/vecchiaia □minima/sociale □reversibilità □altra tipologia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Invalidità** |
| Invalidità Civile Indennità di accompagnamentoLegge 104/92 Art. 3 comma 3 | SI □ (percentuale \_\_\_ ) NO □ SI □ NO □ SI □ NO □ Note (es. in fase di riconoscimento/domanda presentata)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Altre misure economiche erogate da Enti pubblici/privati (HCP, Assegno di Inclusione, ecc.)** | SI □ NO □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **ISEE**  |  |

|  |
| --- |
| **Sintesi della situazione familiare e assistenziale al momento della valutazione** |
| Caregiver familiare e /o professionale (assistente personale, badante, ecc..), servizi attivi e criticità rilevate |
|  |

|  |
| --- |
| **VALUTAZIONE DEI BISOGNI INDIVIDUATI**  |
| * Igiene della persona
* Cura dell’ambiente domestico
* Supporto per il miglioramento delle relazioni familiari, affiancamento della famiglia per aspetti di organizzazione del quotidiano e per superare l’isolamento culturale/relazionale
* Socializzazione e relazione
* Disbrigo pratiche, accompagnamenti, spesa a domicilio
* Tutela, monitoraggio, controllo, nonché soccorso in caso di emergenza
* Difficoltà personali e assenza di aiuti nella preparazione dei pasti
* Bisogni sanitari (da valutare in EVM) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Altro specificare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

**Obiettivi, Risultati attesi e Tipologia di intervento**

**Obiettivi:**

□ Prevenire il ricorso all’istituzionalizzazione

□ Ridurre il rischio di riammissione ospedaliera

□ Presa in carico post ospedaliera socio sanitaria integrata

□ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Risultati Attesi:**

□ Mantenimento al proprio domicilio

□ Aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni sanitarie e sociali

□ Assicurare la continuità assistenziale

□ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipologia di Intervento MISURA B2** | **Interventi previsti** |
| □ BUONO SOCIALE - ASSISTENZA ASSICURATA DEI CARE GIVERS FAMILIARI | □ supporto e compensazione del lavoro di cura del caregiver familiare |
| □ BUONO SOCIALE - ASSISTENZA ASSICURATA DA PARTE DI ASSISTENTI FAMILIARI RETRIBUITE | n. ore contratto assistente familiare\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ BUONO SOCIALE PER SOSTENERE PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE | n. ore contratto assistente familiare\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ INTERVENTI SOCIALI INTEGRATIVI – MINORI CON DISABILITA’ | (*Descrizione dell’intervento sociale integrativo da attivare – es. indicare n. ore previste, accessi, tipologia di intervento SAD/ADH/SADH/RICOVERO)* |
| □ INTERVENTI SOCIALI INTEGRATIVI –ADULTI CON DISABILITA’ |
| □ INTERVENTI SOCIALI INTEGRATIVI –ANZIANI |

|  |
| --- |
| **Data Valutazione** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **PROSSIMA VERIFICA PREVISTA PER** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Componenti equipe multidisciplinare:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ Ass. sociale Comune/Comuni Insieme Case Manager |  | Firma |
| □ Rappresentante ASST  |  | Firma |
| □ MMG/PDF  |  | Firma |
| □ Altro  |  | Firma |

  |

data……………………….. Firma Interessato/Familiare ……..……………………………………..