

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

.....

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
<input type="checkbox"/> BUONO SOCIALE - ASSISTENZA ASSICURATA DEI CARE GIVERS FAMILIARI	<input type="checkbox"/> supporto e compensazione del lavoro di cura del caregiver familiare
<input type="checkbox"/> BUONO SOCIALE - ASSISTENZA ASSICURATA DA PARTE DI ASSISTENTI FAMILIARI RETRIBUITE	n. ore contratto assistente familiare _____
<input type="checkbox"/> BUONO SOCIALE PER SOSTENERE PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE	n. ore contratto assistente familiare _____
<input type="checkbox"/> INTERVENTI SOCIALI INTEGRATIVI – <u>MINORI</u> CON DISABILITA'	<i>(Descrizione dell'intervento sociale integrativo da attivare - es. indicare n. ore previste, accessi, tipologia di intervento SAD/ADH/SADH/RICOVERO)</i>
<input type="checkbox"/> INTERVENTI SOCIALI INTEGRATIVI – <u>ADULTI</u> CON DISABILITA'	
<input type="checkbox"/> INTERVENTI SOCIALI INTEGRATIVI – <u>ANZIANI</u>	

Data Valutazione ____/____/____	
PROSSIMA VERIFICA PREVISTA PER _____	
Componenti equipe multidisciplinare:	
<input type="checkbox"/> Ass. sociale Comune/Comuni Insieme Case Manager	Firma
<input type="checkbox"/> Rappresentante ASST	Firma
<input type="checkbox"/> MMG/PDF	Firma
<input type="checkbox"/> Altro	Firma

data.....

Firma Interessato/Familiare