

PROGETTO INDIVIDUALE INTEGRATO

“Dopo di noi” Legge 112/2016

Il Progetto individuale è costruito sulla base degli esiti della valutazione multidimensionale della persona con disabilità grave realizzata in raccordo tra le équipe pluriprofessionali delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e gli operatori degli Ambiti Territoriali/Comuni.

DATI ANAGRAFICI

Cognome e nome _____ Codice Fiscale _____

Nato a _____ prov. _____ il _____

Genere Maschio Femmina

Stato civile Celibe/Nubile Coniugato/Convivente Vedovo/a Separato/a

Residente a _____ Via _____ N. _____ Prov. _____

Domiciliato a (se diverso dalla residenza) _____ Via _____ N. _____ Prov. _____

Caregiver Primario _____ Rapporto con la persona disabile _____

Riferimenti comunicazioni: Tel. _____ cell. _____ @mail: _____

Assistente Familiare/Personale SI NO N. ore dedicate settimanali: _____

SOSTEGNO RICHIESTO (selezionare intervento richiesto)

SEZIONE 1 : INTERVENTI GESTIONALI (pag. 15-22 DGR 3404)

TIPOLOGIA INTERVENTO	VALORE VOUCHER
ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA 1. Accoglienza in “alloggi palestra” e/o altre formule residenziali, con priorità per quelle con i requisiti previsti dal DM per sperimentare le proprie abilità al di fuori dal contesto d'origine 2. Esperienze di soggiorni extrafamiliari per sperimentare l'allontanamento dal contesto d'origine 3. Counseling famigliari	VOUCHER ANNUALE PRO CAPITE FINO AD EURO 4800 + EURO 600 (CONSULENZA E SOSTEGNO RELAZIONI FAMILIARI)
SUPPORTO ALLA RESIDENZIALITÀ 1. Voucher: Gruppo appartamento o Comunità alloggio “temporanea” con Ente gestore 2. Contributo: Gruppo appartamento per almeno 2 persone con disabilità che si autogestiscono 3. Buono: per persone che vivono in soluzioni di Cohousing/ Housing	I SOSTEGNI SI DIVERSIFICANO PER TIPOLOGIA DI RESIDENZIALITÀ DA UN MINIMO DI EURO 500
RICOVERI DI PRONTO INTERVENTO Indicare periodo richiesto:	EURO 100 per max 60 giorni (non superiore all'80% del costo del ricovero)

SEZIONE 2: INTERVENTI INFRASTRUTTURALI (pag. 15-22 DGR 3404)

TIPOLOGIA INTERVENTO	VALORE VOUCHER
1. Sostegno Canone Locazione 2. Contributo spese condominiali 3. Spese adeguamento fruibilità domestica	10% (aa 2018)/15 % (aa2019) delle risorse assegnate

La persona si trova nella seguente condizione:

- Invalidità civile percentuale% Indennità di accompagnamento: SI NO
- Disabilità ai sensi dell'art.3 comma 3 L.104/1992 (allegare certificazione):
- Età compresa tra i 18/64 anni 26/45 (10) 45/64 (10)
- Età maggiore di 64 anni (**compatibile** solo per il SUPPORTO ALLA RESIDENZIALITA')
- Non presenta comportamenti auto/etero aggressivi ovvero condizioni di natura clinica e comportamentale che richiedono una protezione elevata. (10)
- Nel caso presentasse comportamenti auto/etero aggressivi ovvero condizioni di natura clinica e comportamentale che richiedono una protezione elevata, gli operatori ed/o i Servizi già impegnati a sostegno di dette persone devono garantire l'appropriatezza e l'intensità dei sostegni formali ed informali necessari ad assicurare il benessere della Persona e la compatibilità della stessa con gli interventi del DdN (allegare autodichiarazione compatibilità alla Misura di operatori e/o Servizi e dell'Ente Erogatore che ha o prenderà in carico la persona stessa)
- Inserita in struttura residenziale con caratteristiche molto diverse da quelle previste dal programma in oggetto (10)
- Attualmente vive in una condizione abitativa inadeguata (10)
- Inserita in struttura residenziale con caratteristiche compatibili con quelle previste dal programma in oggetto (10)
- Ha avviato un percorso di messa a disposizione di un patrimonio immobiliare (10)
- Attestazione ISEE socio sanitario in corso di validità (allegare certificazione), valore pari a: _____ €0/5.000 (10) €5000/10.00 (5)

CONTINUITA' ANNULITA' 2016 (indicare se il Richiedente si trova in una delle seguenti condizioni)

- Ha usufruito del Voucher Accompagnato all'Autonomia SI NO Se SI ha esaurito i fondi Intende passare alla Residenzialità
- Ha usufruito del Voucher Residenzialità SI NO Se SI ha esaurito i fondi (15)

Servizi di Riferimento:

La persona è conosciuta dalla rete dei Servizi SI NO
La persona è già in carico alla rete dei Servizi SI NO
Se sì, quali Servizi

DIAGNOSI

- Disabilità a seguito di un “evento traumatico” es. incidente stradale, caduta, trauma da parto ecc (Tetraplegia, Emiplegia, Cerebrolesione ...)
- Disabilità non post traumatiche es. ictus o altre malattie cerebrovascolari (Tetraplegia, Emiplegia, ...)
- Malattia del motoneurone (secondo quanto previsto dalla Circolare regionale n. 20 del 28/11/2008)
- Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria (Spasticismo, Cerebrolesioni, ...)
- Disabilità sensoriale
- Altra malattia neurodegenerativa (Malattia di Huntington, ...)
- Disabilità comportamentale (compresi disturbi dello spettro autistico)
- Ritardo mentale
- Sindromi congenite su base cromosomica (Down, ...)
- Distrofie muscolari e altre miopatie
- Sclerosi Multipla
- Altro (specificare): _____

NUCLEO FAMILIARE

- I genitori non sono in grado di fornire l’adeguato sostegno genitoriale (5)
- Si considera la prospettiva del venir meno del sostegno familiare (5)
- Assenza di entrambi i genitori (15)
- Se presenti ed in vita, indicare per ciascun membro del nucleo familiare:

Padre:

Nome e Cognome: _____ data di Nascita: _____ In situazione di fragilità: SI (5) NO Se SI per: _____

Madre:

Nome e Cognome: _____ data di Nascita: _____ In situazione di fragilità: SI (5) NO Se SI per: _____

Sorelle/Fratelli:

Nome e Cognome: _____ data di Nascita: _____ In situazione di fragilità: SI NO Se SI per: _____

Nome e Cognome: _____ data di Nascita: _____ In situazione di fragilità: SI NO Se SI per: _____

CAREGIVERS PRINCIPALI (compilare se diversi dai famigliari)

Nome e Cognome: _____ data di Nascita: _____ In situazione di fragilità: SI NO Se SI per: _____

Nome e Cognome: _____ data di Nascita: _____ In situazione di fragilità: SI NO Se SI per: _____

Nome e Cognome: _____ data di Nascita: _____ In situazione di fragilità: SI NO Se SI per: _____

La domanda è presentata da (indicare la scelta):

- Persona con disabilità Amministratore di sostegno Tutore Curatore Comune
- Familiare (specificare): _____ Associazione (specificare): _____
- Ente del Terzo Settore (specificare): _____ Altro (specificare): _____

SCALE/SCHUDE di VALUTAZIONE

- Scala ADL: 0-4 (5) 5-8 (2) 9-12 (1)
- Scala IADL : 8-6 (5) 5-3 (2) 2-0 (1)
- S.I.Di
- Altro (es. WAIS; BARTELL; Etc.):

Breve descrizione situazione complessiva

Bisogni e aspettative della persona fragile e del caregiver rilevati a seguito di valutazione multidimensionale, obiettivi e interventi per ambito/dimensione di vita:

MACRO-OBIETTIVO DI PROGETTO:

A) AMBITO SALUTE (interventi sanitari, socio-sanitari e sociali)

SERVIZI/INTERVENTI/RISORSE <u>GIÀ ATTIVI</u>				
SERVIZIO/INTERVENTO	SOGGETTO EROGATORE	DESCRIZIONE INTERVENTO	COSTO DELL'INTERVENTO	IMPATTO ECONOMICO (risorse e fonte)
MAP/PDF	Dott.....			
ADI	ASST			
Ausili - Protesica	ASST			
Esenzione Ticket				
Provvidenze economiche per Invalidi Civili	INPS			
Eventuali interventi specialistici				
TOTALI				

Bisogni e aspettative, della persona disabile _____

Bisogni e aspettative della sua famiglia _____

Obiettivo specifico ed eventuali priorità: _____

SERVIZI/INTERVENTI/RISORSE DA ATTIVARE

SERVIZIO/INTERVENTO	SOGGETTO EROGATORE	DESCRIZIONE INTERVENTO	COSTO DELL'INTERVENTO	IMPATTO ECONOMICO (±) RISORSE PUBBLICHE RISORSE PRIVATE RISORSE DELL'UTENTE RISORSE DELLA RETE FAMILIARE (INDICARE ANNUALITÀ FONDI)	ALTRE RISORSE (ES. ASSOCIAZIONISMO, INTERVENTO DEI FAMILIARI....)	TEMPI DI REALIZZAZIONE
TOTALI						

B) AMBITO ISTRUZIONE/FORMAZIONE**SERVIZI/INTERVENTI/RISORSE GIÀ ATTIVI**

SERVIZIO/INTERVENTO	SOGGETTO EROGATORE	DESCRIZIONE INTERVENTO	COSTO DELL'INTERVENTO	IMPATTO ECONOMICO (risorse e fonte)
TOTALE				

Bisogni e aspettative, della persona disabile _____

Bisogni e aspettative della sua famiglia _____

Obiettivo specifico ed eventuali priorità: _____

SERVIZI/INTERVENTI/RISORSE <u>DA ATTIVARE</u>						
SERVIZIO/INTERVENTO	SOGGETTO EROGATORE	DESCRIZIONE INTERVENTO	COSTO DELL'INTERVENTO	IMPATTO ECONOMICO (±) RISORSE PUBBLICHE RISORSE PRIVATE RISORSE DELL'UTENTE RISORSE DELLA RETE FAMILIARE (INDICARE ANNUALITÀ FONDI)	ALTRE RISORSE (ES. ASSOCIAZIONISMO, INTERVENTO DEI FAMILIARI....)	TEMPI DI REALIZZAZIONE
TOTALI						

C) AMBITO LAVORO

SERVIZI/INTERVENTI/RISORSE <u>GIÀ ATTIVI</u>				
SERVIZIO/INTERVENTO	SOGGETTO EROGATORE	DESCRIZIONE INTERVENTO	COSTO DELL'INTERVENTO	IMPATTO ECONOMICO (risorse e fonte)
Inserimenti lavorativi/progetti socio occupazionali				
TOTALI				

Bisogni e aspettative, della persona disabile _____

Bisogni e aspettative della sua famiglia _____

Obiettivo specifico ed eventuali priorità: _____

SERVIZI/INTERVENTI/RISORSE <u>DA ATTIVARE</u>						
SERVIZIO/ INTERVENTO	SOGGETTO EROGATORE	DESCRIZIONE INTERVENTO	COSTO DELL'INTERVENTO	IMPATTO ECONOMICO (±) RISORSE PUBBLICHE RISORSE PRIVATE RISORSE DELL'UTENTE RISORSE DELLA RETE FAMILIARE (INDICARE ANNUALITÀ FONDI)	ALTRE RISORSE (ES. ASSOCIAZIONISMO, INTERVENTO DEI FAMILIARI....)	TEMPI DI REALIZZAZIONE
TOTALI						

D) AMBITO MOBILITA'

SERVIZI/INTERVENTI/RISORSE <u>GIÀ ATTIVI</u>				
SERVIZIO/INTERVENTO	SOGGETTO EROGATORE	DESCRIZIONE INTERVENTO	COSTO DELL'INTERVENTO	IMPATTO ECONOMICO (risorse e fonte)
TOTALI				

Bisogni e aspettative, della persona disabile _____

Bisogni e aspettative della sua famiglia _____

Obiettivo specifico ed eventuali priorità: _____

SERVIZI/INTERVENTI/RISORSE <u>DA ATTIVARE</u>						
SERVIZIO/INTERVENTO	SOGGETTO EROGATORE	DESCRIZIONE INTERVENTO	COSTO DELL'INTERVENTO	IMPATTO ECONOMICO (±) RISORSE PUBBLICHE RISORSE PRIVATE DELL'UTENTE RISORSE DELLA RETE FAMILIARE (INDICARE ANNUALITÀ FONDI)	ALTRE RISORSE (ES. ASSOCIAZIONISMO, INTERVENTO DEI FAMILIARI....)	TEMPI DI REALIZZAZIONE
TOTALI						

E) AMBITO CASA

SERVIZI/INTERVENTI/RISORSE <u>GIÀ ATTIVI</u>				
SERVIZIO/INTERVENTO	SOGGETTO EROGATORE	DESCRIZIONE INTERVENTO	COSTO DELL'INTERVENTO	IMPATTO ECONOMICO (risorse e fonte)
TOTALI				

Bisogni e aspettative, della persona disabile _____

Bisogni e aspettative della sua famiglia _____

Obiettivo specifico ed eventuali priorità: _____

SERVIZI/INTERVENTI/RISORSE <u>DA ATTIVARE</u>						
SERVIZIO/INTERVENTO	SOGGETTO EROGATORE	DESCRIZIONE INTERVENTO	COSTO DELL'INTERVENTO	IMPATTO ECONOMICO (±) RISORSE PUBBLICHE RISORSE PRIVATE RISORSE DELL'UTENTE RISORSE DELLA RETE FAMILIARE (INDICARE ANNUALITÀ FONDI)	ALTRE RISORSE (ES. ASSOCIAZIONISMO, INTERVENTO DEI FAMILIARI....)	TEMPI DI REALIZZAZIONE
TOTALI						

F) AMBITO SOCIALITA' (interazioni/relazioni interpersonali, vita sociale, civile e di comunità)

SERVIZI/INTERVENTI/RISORSE <u>GIÀ ATTIVI</u>				
SERVIZIO/INTERVENTO	SOGGETTO EROGATORE	DESCRIZIONE INTERVENTO	COSTO DELL'INTERVENTO	IMPATTO ECONOMICO (risorse e fonte)
TOTALI				

Bisogni e aspettative, della persona disabile _____

Bisogni e aspettative della sua famiglia _____

Obiettivo specifico ed eventuali priorità: _____

SERVIZI/INTERVENTI/RISORSE <u>DA ATTIVARE</u>						
SERVIZIO/INTERVENTO	SOGGETTO EROGATORE	DESCRIZIONE INTERVENTO	COSTO DELL'INTERVENTO	IMPATTO ECONOMICO (±) RISORSE PUBBLICHE RISORSE PRIVATE RISORSE DELL'UTENTE RISORSE DELLA RETE FAMILIARE (INDICARE ANNUALITÀ FONDI)	ALTRE RISORSE (ES. ASSOCIAZIONISMO, INTERVENTO DEI FAMILIARI....)	TEMPI DI REALIZZAZIONE
TOTALI						

G) ALTRO

SERVIZI/INTERVENTI/RISORSE <u>GIÀ ATTIVI</u>				
SERVIZIO/INTERVENTO	SOGGETTO EROGATORE	DESCRIZIONE INTERVENTO	COSTO DELL'INTERVENTO	IMPATTO ECONOMICO (risorse e fonte)
TOTALI				

Bisogni e aspettative, della persona disabile _____

Bisogni e aspettative della sua famiglia _____

Obiettivo specifico ed eventuali priorità: _____

SERVIZI/INTERVENTI/RISORSE DA ATTIVARE

SERVIZIO/INTERVENTO	SOGGETTO EROGATORE	DESCRIZIONE INTERVENTO	COSTO DELL'INTERVENTO	IMPATTO ECONOMICO (±) RISORSE PUBBLICHE RISORSE PRIVATE RISORSE DELL'UTENTE RISORSE DELLA RETE FAMILIARE (INDICARE ANNUALITÀ FONDI)	ALTRE RISORSE (ES. ASSOCIAZIONISMO, INTERVENTO DEI FAMILIARI....)	TEMPI DI REALIZZAZIONE
TOTALI						

RIEPILOGO TOTALE COSTI E RISORSE

AMBITO	COSTI	RISORSE
SALUTE		
ISTRUZIONE/ FORMAZIONE		
LAVORO		
MOBILITA'		
CASA		
SOCIALITA'		
ALTRO		
TOTALE		

DURATA PROGETTO INTEGRATO: dal _____ al _____

RIVALUTAZIONE PREVISTA IN DATA (prevedere verifiche intermedie almeno ogni 6 mesi):

Indicare lo strumento utilizzato(PEI, Relazione.....):

SOGGETTI ISTITUZIONALI COINVOLTI NELLA VALUTAZIONE DEL PRESENTE PROGETTO INDIVIDUALE :

Comune _____ Ambito _____ ASST _____ ALTRO (specificare)

Case manager: _____ Qualifica: _____

Tel. _____ FAX _____ e-mail _____

Cognome e nome degli estensori	Qualifica	Firma
	Beneficiario	
	Familiare o chi garantisce protezione giuridica	
	Rappresentante ASST	
	Referente Ambito Territoriale/Comune	
	Case manager	
	Altro soggetto coinvolto (Specificare)	

DATA stesura _____