

<i>(Logo ASST)</i>	<i>(Logo e Timbro Comune/Ambito)</i>
--------------------	--------------------------------------

Equipe Valutazione Multidimensionale /EOH Presidio Territoriale di

Comune di Ambito

PROGETTO INDIVIDUALE – MISURE B1 E B2 (D.G.R. 5940/2016)

Per il Sig./Sig.ra

nato/a a il

residente a domiciliato/a

Tel. E-mail

Codice Fiscale

MISURA RICHIESTA:

Misura B1 Data richiesta

Tipologia Destinatario:

Beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla L. n. 18/1980

Definito non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013

Misura B2 Data richiesta

Tipologia Destinatario (tutti i requisiti sotto riportati sono condizione necessaria per l'accesso alla Misura):

di qualsiasi età, al domicilio, che evidenzia gravi limitazioni della capacità funzionale

in condizione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3 c3 L. 104/92

con valore ISEE così come definito dall'Ambito Territoriale/Comune

Beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla L. n. 18/1980

ENTE CASE MANAGER:

ASST COMUNE/AMBITO DI

Valutazione multidisciplinare eseguita in data presso

Equipe valutante composta dai seguenti operatori:

ASST		COMUNE/AMBITO	
Fig. Prof.	Cognome e Nome	Fig. Prof.	Cognome e Nome
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

P.I. SOCIOSANITARIO (Comune/ASST) P.I. SOCIALE (solo Comune)

FIGURE DI RIFERIMENTO

MMG/PdF
SPECIALISTA
ALTRO

Presenza di un amministratore di sostegno/tutore: SI NO

CAREGIVER FAMILIARE: SI NO

Specificare Tipologia Caregiver Familiare:

<input type="checkbox"/> Coniuge/convivente	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Sorella/e	<input type="checkbox"/> Cognato/a
<input type="checkbox"/> Figlio/a/i	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Cugino/a	<input type="checkbox"/> Zio/a
<input type="checkbox"/> Ambedue i genitori	<input type="checkbox"/> Fratello/i	<input type="checkbox"/> Nuora/Genero	<input type="checkbox"/> nessuno
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="text"/>		

ASSISTENZA NELLE 24 H ASSICURATA DA:

<input type="checkbox"/> Caregiver Familiare
<input type="checkbox"/> Assistente personale qualificato
<input type="checkbox"/> Assistente personale/badante assunto con regolare contratto

INTERVENTI/SERVIZI ATTIVI

Presenza di una rete di volontariato SI NO

SERVIZI DELLA RETE SOCIO-SANITARIA

ADI SI NO Profilo n. € dal al

Figure prof. coinvolte infermiere Educatore
 Psicologo Fisioterapista
 OSS Altro (specificare)

infermieristiche /tutelari (specificare)

Prestazioni assicurate dall'ADI

Educative (specificare)

Ulteriori prestazioni assicurate dall'ADI

Centro Diurno Integrato (CDI):
 part-time full-time
 a contratto autorizzato/accreditato

dal al

Centro Diurno per Disabili (CDD):
 part-time full-time
 a contratto autorizzato/accreditato

dal al

Ricovero di Sollievo (RSA/RSD/CSS):

dal al

Comunità Residenziale:

dal al

In attesa di inserimento in RSA/RSD/CSS/CDI/CDD Lista Unica: SI NO

Specificare la/le Strutture in cui la persona è in lista:

Altro (specificare):

SERVIZI DELLA RETE SOCIO-ASSISTENZIALE

<input type="checkbox"/> SAD	n. accessi settimana	<input type="text"/>	tot. ore sett.li	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Servizio attivo di sera o/e nei festivi				
<input type="checkbox"/>	Personale assist.le coinvolto	<input type="text"/>			
	Costo Mensile €	<input type="text"/>			
	Totale quota Comune €	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/>	Servizio pasti a domicilio	Quota Comune €	<input type="text"/>	Quota Utente €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Servizio lavanderia	Quota Comune €	<input type="text"/>	Quota Utente €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Alloggi protetti	Quota Comune €	<input type="text"/>	Quota Utente €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Servizio di trasporto	Quota Comune €	<input type="text"/>	Quota Utente €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Telesoccorso	Quota Comune €	<input type="text"/>	Quota Utente €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	CSE	Quota Comune €	<input type="text"/>	Quota Utente €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	SFA	Quota Comune €	<input type="text"/>	Quota Utente €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Servizi minori (specificare)	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare)	<input type="text"/>			

AUSILI IN DOTAZIONE

<input type="checkbox"/> Letto	<input type="checkbox"/> Montascale	
<input type="checkbox"/> Carrozzina	<input type="checkbox"/> Ausili Comunicazione	
<input type="checkbox"/> Sollevatore	<input type="checkbox"/> Ausili nutrizione (precisare)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ausili per incontinenza	<input type="checkbox"/> Ausili respirazione (precisare)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Altro (precisare)	<input type="text"/>	

CERTIFICAZIONI

<input type="checkbox"/> Invalidità Civile	%	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Esenzione ticket sanitario (specificare codice/i):
<input type="checkbox"/> L.104/92 Handicap grave			1) <input type="text"/> 2) <input type="text"/>
			3) <input type="text"/> 4) <input type="text"/>

DIAGNOSI (specificare tipologia diagnosi con classificazione IDC9):

ISEE

IDONEO ALLA MISURA B1: SI NO

MISURA ASSEGNATA:

<p><input type="checkbox"/> Misura B1</p> <p>1) <input type="checkbox"/> Buono Mensile € 1.000,00</p> <p>2) <input type="checkbox"/> Voucher socio sanitario per adulti € 360,00 <i>(fino ad un massimo di 360,00 € per il miglioramento della qualità di vita loro e delle loro famiglie)</i></p> <p>3) <input type="checkbox"/> Voucher socio sanitario per Minori € 500,00 <i>(fino ad un massimo di € 500,00 per la realizzazione di progetti volti al miglioramento della qualità della vita dei minori e delle loro famiglie)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Misura B2</p> <p><input type="checkbox"/> Altro <i>(indicare altri Servizi della Rete Sociale e Sociosanitaria più idonei nel caso in cui l'utente, a seguito di valutazione, non rientri in nessuna delle Misure richieste):</i></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
--

SCHEDA DI VALUTAZIONE

VALUTAZIONI E ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA*

Data Valutazione

<input type="checkbox"/> Triage (scheda orientamento)	data	<input type="text"/>	Valore totale Triage	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> VAOR	data	<input type="text"/>	Spec. profilo esito	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> CDRS	data	<input type="text"/>	esito	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> AIS	data	<input type="text"/>	esito	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MRC	data	<input type="text"/>	esito	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> EDSS	data	<input type="text"/>	esito	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> HOEHN E YAHR	data	<input type="text"/>	esito	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> DSM-5	data	<input type="text"/>	esito	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> LAPMER	data	<input type="text"/>	esito	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> CIRS	data	<input type="text"/>	esito	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> RSS	data	<input type="text"/>	Valore totale RSS	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ADL	data	<input type="text"/>	esito	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> IADL	data	<input type="text"/>	esito	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> SIDi	data	<input type="text"/>	Valore totale SIDi	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Certificazione Specialistica	data	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Relazione clinica per minori	data	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Glasgow			esito	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Scheda Valutazione Condizione Dipendenza Vitale (a cura MMG/PdF)			data	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Altro (specificare):		<input type="text"/>	esito	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	esito	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	esito	<input type="text"/>

*Copia degli strumenti di valutazione utilizzati deve essere allegata al Progetto Individuale

VALUTAZIONE CONDIZIONE DIPENDENZA VITALE (DGR 5940/16)

Data Valutazione

 Motricità (punteggio previsto 6/6 ADL Scala VAOR)

esito ADL

0 Stato coscienza compromissione severa: raramente/mai prende decisioni persona non cosciente condizione di Stato Vegetativo

Esito Glasgow

± Respirazione necessità di aspirazione quotidiana presenza di Tracheostomia presenza ventilazione assistita 24 ore al giorno sette giorni su sette*(criterio necessario se unico requisito per le persone di cui al punto b) del Decreto Interministeriale FNA 2016 e della DGR 5940/2016)*0 Nutrizione necessità di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi combinata orale e enterale / parenterale solo tramite sondino naso-gastrico (SNG) solo tramite gastrostomia (es. PEG) solo parenterale (CVC) Assistenza Continuativa SI NO Monitoraggio nelle 24 h SI NO

PROGETTO INDIVIDUALE

OBIETTIVI GENERALI

data

(DESCRIVERE IN MODO DETTAGLIATO GLI ELEMENTI PRINCIPALI DELLA VALUTAZIONE E GLI OBIETTIVI DEL PROGETTO DA RAGGIUNGERSI CON IL BUONO E/O IL VOUCHER)

Buono Mensile € 1.000,00

dal

al

(max fino al 31/10/2017)

Obiettivi/Interventi da sostenere con il Buono Mensile:

Previsione complessiva di spesa periodo proposto €

SCHEDA di MONITORAGGIO:

Monitoraggio effettuato da:

1) Operatore ADI

2) MMG/PdF

3) Caregiver/Familiare qualificato (medico/infermiere) (nome/cognome):

4) Figura sanitaria privata qualificata (nome/cognome)

5) Caregiver Familiare/assistente personale addestrato (nome/cognome):

Modalità Monitoraggio:

Verifica delle condizioni di salute da parte dell'ASST:

settimanale

quindicinale

Altro

SOTTOSCRIZIONE

MONITORAGGIO/VERIFICA DA PARTE DELL'UTENTE/FAMILIARE

L'UTENTE/FAMILIARE CONDIVIDE E CONCORDA LE MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DEL MONITORAGGIO E DELLA VERIFICA DELLE CONDIZIONI DI SALUTE DEFINITE E PROPOSTE ALL'INTERNO DELLA PRESENTE "SCHEDA DI MONITORAGGIO"

- **SI** **NO** -

L'UTENTE È CONSAPEVOLE CHE IN CASO DI RIFIUTO DEL MONITORAGGIO, QUALORA RITENUTO NECESSARIO, DECADONO LE CONDIZIONI PER L'EROGAZIONE DEL BUONO MENSILE

NEL CASO IN CUI IL MONITORAGGIO VENGA EFFETTUATO DALLA FIGURA "CAREGIVER FAMILIARE QUALIFICATO" O "FIGURA SANITARIA PRIVATA QUALIFICATA", L'UTENTE/FAMILIARE DICHIARA ALTRESÌ CHE LA STESSA È IN POSSESSO DI ADEGUATA QUALIFICA SANITARIA (MEDICO - INFERMIERE)

Firma del beneficiario o suo delegato*

Luogo e data

Firma Operatore

***NOTA: SE L'INTERESSATO NON È SOTTOPOSTO A MISURE DI TUTELA (INTERDIZIONE, INABILITAZIONE, AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO) LA FIRMA DI TERZA PERSONA, ANCHE FAMILIARE, È VALIDA SOLO IN PRESENZA DI UN IMPEDIMENTO FISICO DELL'INTERESSATO NEL RISPETTO DEL DPR 445/2000 ART. 4. (ALLEGARE DICHIARAZIONE DI IMPEDIMENTO ALLA SOTTOSCRIZIONE)**

SCHEDA VOUCHER MINORI/ADULTI

Voucher socio sanitario per adulti (max € 360,00)

(per prestazioni sociosanitarie volte al miglioramento della qualità di vita del beneficiario e della sua famiglia)

dal al

(max fino al 31/10/2017)

Voucher socio sanitario per Minori (max € 500,00)

(per la realizzazione di progetti volti al miglioramento della qualità della vita dei minori e delle loro famiglie)

dal al

(max fino al 31/10/2017)

Data inizio Voucher

Previsione valore Mensile Voucher €

Previsione valore totale Voucher periodo proposto €

Obiettivi:

Interventi da sostenere:

Figure Professionali necessarie:

Ente Erogatore scelto dall'utente

Luogo e Data

Firma del beneficiario/delegato*

Firma dell'operatore di riferimento

Scheda notificata all'Ente Erogatore tramite email in data

*nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)

SCHEDA PER RIVALUTAZIONE VOUCHER MINORI/ADULTI

1. Voucher socio sanitario max € 360,00 dal al
(max fino al 31/10/2017)

2. Voucher socio sanitario Minori max € 500,00 dal al
(max fino al 31/10/2017)

Data Rivalutazione Previsione valore Mensile Voucher €

Previsione valore totale Voucher periodo proposto €

(IN CASO DI VOUCHER + TIPOLOGIA 2) DETTAGLIARE IL PROGETTO EDUCATIVO)

Obiettivi/Progetto assegnato a seguito di rivalutazione:

Interventi da sostenere:

Figure Professionali coinvolte:

Luogo e Data **Firma del Beneficiario/delegato***

Firma dell'operatore di riferimento

Scheda notificata all'Ente Erogatore tramite email in data

***nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)**

Misura B2

periodo di erogazione dal al
(max fino al 31/12/2017)

Interventi/prestazioni da erogare:

Buono Sociale Mensile € (min € 150 - max € 800) finalizzato a compensare:

prestazioni assicurate caregiver familiare

prestazioni di assistente personale impiegato con regolare contratto (min € 400 – max 800)

Buono Sociale Mensile € (max € 800) finalizzato a sostenere Progetti di “Vita Indipendente”

Specificare Progetto:

Contributo Sociale per periodi di Sollievo della Famiglia dal al

Importo €

Voucher Sociale a sostegno della vita di relazione di minori con disabilità per Progetti educativo/socializzanti:

Specificare Progetto:

Importo totale Voucher per sostenere il Progetto € dal al

Voucher sociale per l'acquisto degli interventi complementari e/o integrativi al sostegno della domiciliarità:

Specificare Progetto:

Importo totale Voucher per sostenere il Progetto € dal al

segue

Potenziamento degli interventi tutelari domiciliari a persone già in carico SAD

Specificare modalità e interventi aggiuntivi:

Voucher Totale (interventi/prestazioni proposti dal Comune):

Periodo dal

al

TOT. €

Altre forme integrative di sostegno ai bisogni dell'utente:

REVISIONE/VERIFICA P.I.

<input type="checkbox"/> per rinnovo	data	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> per richiesta familiare	data	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> per richiesta utente	data	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> per richiesta Comune	data	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) <input type="text"/>	data	<input type="text"/>

Motivazioni:

CASE MANAGER DEL PROGETTO:

Nome Cognome

Ente (ASST/Comune):

N.B. IN CASO DI STESURA DI NUOVO PROGETTO ALLEGARE COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE UTILIZZATA AI FINI DELLA VALUTAZIONE

Firma degli Operatori Referenti di Comune e ASST

Firma Referente Medico Presidio Territoriale ASST

Firma Referente Comune

Firma Case Management (Operatore ASST)

SOTTOSCRITTORE PROGETTO INDIVIDUALE (UTENTE/FAMILIARE)

CONDIVIDO E CONCORDO QUANTO PREVISTO NEL PROGETTO INDIVIDUALE (PI) PROPOSTOMI DA: EQUIOE VAL. MULT./EOH/COMUNE

Luogo e Data

Firma del beneficiario o suo delegato*

***nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)**

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Ai Sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 30.06.03 n. 196, ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell'accesso al beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e/o Ufficio di Piano dell'Ambito distrettuale e/o ASL di Brescia, anche con l'ausilio di mezzi informatici. Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a/delegato/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/a riguardano, funzionale agli scopi per il quale è posto in essere.

Luogo e Data

FIRMA

Note per la compilazione

N.B. RICORDARSI SEMPRE DI SALVARE IL DOCUMENTO (PDF EDITABILE) DOPO LA COMPILAZIONE

1. La compilazione del PI implica la stretta collaborazione tra operatori ASST ed operatori del Comune/Ambiti di residenza dell'utente
2. Tutte le voci presenti nel PI devono essere compilate
3. La chiusura del PI e del PAI dovrà avvenire entro il **31.10.2017** per gli interventi/prestazioni rientranti nella Misura B1 e nella Misura B2
4. Il PI deve essere redatto in 4 copie e trasmesso a:
 - ASST (depositaria del PI)
 - Comune/Ambito
 - l'utente
 - MMG/PdF
5. Il PI deve essere sottoscritto:
 - dall'utente o da un suo rappresentante qualora vi sia un impedimento alla sottoscrizione del soggetto direttamente interessato,
 - dall'Operatore del Comune di residenza dell'utente;
 - dal Referente Medico del Presidio Territoriale ASST
 - dal Case Management (Operatore ASST)
6. Al PI occorre allegare copia della documentazione utilizzata per la valutazione o la rivalutazione
7. A ogni variazione del livello di intensità assistenziale del Voucher (minori/adulti) determinata da rivalutazione dovrà essere compilata la "scheda per rivalutazione voucher adulti/minori" (**pagina 11 del PI**);
8. Per il confezionamento del Voucher è necessario inserire gli interventi delle figure previste nel File Excel già fornito dall'U.O. Anziani Cure Domiciliari.
9. Le schede Voucher devono essere firmate dall'operatore ASST e dall'utente (o un suo delegato) e allegate al P.I. in ViViDi;