

PI – PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

1 – Scheda SINA

	Codice univoco scheda: ATS 14	_ _ / _ _ / _ _ _ _
1	Ente rilevatore _____	
2	Data visita domiciliare	_ _ / _ _ / _ _ _ _
	Data aggiornamento	_ _ / _ _ / _ _ _ _
3 Profilo personale		
	Nome e cognome beneficiario	
3.00	Codice fiscale	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
3.01	Codice univoco	Cod. a cura ufficio _____
3.02	Genere	1 <input type="checkbox"/> Maschio 2 <input type="checkbox"/> Femmina
3.03	Data di nascita	_ _ / _ _ / _ _ _ _
3.04	Cittadinanza	_____ <input type="checkbox"/> Apolide (ZZ) <input type="checkbox"/> Sconosciuta (XX)
3.05	Regione residenza	_____ <input type="checkbox"/> Estero (999)
3.06	Comune di residenza	_____ <input type="checkbox"/> Estero (999999)
3.07	Nazione residenza	_____ <input type="checkbox"/> Sconosciuta (XX)
3.08	Stato civile	1 <input type="checkbox"/> celibe/nubile 4 <input type="checkbox"/> divorziato/a 2 <input type="checkbox"/> coniugato/a 5 <input type="checkbox"/> vedovo/a 3 <input type="checkbox"/> separato/a 9 <input type="checkbox"/> non dichiarato
3.09	Titolo di studio	1 <input type="checkbox"/> nessuno 5 <input type="checkbox"/> diploma universitario 2 <input type="checkbox"/> licenza elementare 6 <input type="checkbox"/> laurea 3 <input type="checkbox"/> licenza media inferiore 9 <input type="checkbox"/> non dichiarato 4 <input type="checkbox"/> diploma media superiore
Indirizzo di residenza		→
Indirizzo di domicilio (se diverso)		→
Persona da contattare →		Telefono per contatti
4 Invalidità civile, cecità, sordomutismo		
4.01	Certif. Invalidità civile parziale non inferiore a 75%	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> non richiesta
4.02	Certif. Invalidità civile totale (100%)	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> non richiesta
	4.02.01 Con indennità di accompagnamento	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No
4.03	Assegno/pensione invalidità civile o pensione	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No

		sociale ultra 65-enni invalidi civili	
4.04	Fonte derivazione dati invalidità	Se certificazione invalidità: 1 <input type="checkbox"/> Certif. invalidità verificata on-line/cartacea 2 <input type="checkbox"/> Dichiaraz. della persona	
4.05	Certificazione ai sensi della L.104	1 <input type="checkbox"/> Sì, con riconoscimento gravità 2 <input type="checkbox"/> Sì, senza riconoscimento gravità 3 <input type="checkbox"/> No	
5 Dati relativi alle condizioni socio-sanitarie della persona			
<i>Condizioni sanitarie</i>			
5.01	Area della mobilità	1 <input type="checkbox"/> Si sposta da solo 2 <input type="checkbox"/> Si sposta assistito 3 <input type="checkbox"/> Non si sposta	
5.02	Area delle attività della vita quotidiana	1 <input type="checkbox"/> Autonomo 2 <input type="checkbox"/> Parzialmente dipendente 3 <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente	
5.03	Disturbi dell'area cognitiva	0 <input type="checkbox"/> Assenti 1 <input type="checkbox"/> Lievi 2 <input type="checkbox"/> Moderati 3 <input type="checkbox"/> Gravi	
5.04	Area dei disturbi comportamentali	1 <input type="checkbox"/> Assenti 2 <input type="checkbox"/> Presenti	
5.05	Necessità di cure sanitarie	0 <input type="checkbox"/> Assente 1 <input type="checkbox"/> Bassa 2 <input type="checkbox"/> Media 3 <input type="checkbox"/> Alta 4 <input type="checkbox"/> Programmata frequenza meno che settimanale	
<i>Condizioni sociali</i>			
5.06	Area reddituale	1 <input type="checkbox"/> Autonomo e in equilibrio finanziario 2 <input type="checkbox"/> Riceve aiuto da parenti e/o da altre persone 3 <input type="checkbox"/> In condizione di bisogno economico e senza aiuti da altri	
	ISEE 2019	Euro _____	
5.07	Area del supporto familiare e/o relazionale	1 <input type="checkbox"/> Presenza della rete familiare o informale 2 <input type="checkbox"/> Presenza parziale e/o temporanea della rete familiare o informale 3 <input type="checkbox"/> Assenza della rete familiare o informale	
5.08	Necessità di interventi sociali	0 <input type="checkbox"/> Assente 1 <input type="checkbox"/> Bassa 2 <input type="checkbox"/> Media 3 <input type="checkbox"/> Alta	
Situazione abitativa			
	Titolo di godimento	1 <input type="checkbox"/> di proprietà 2 <input type="checkbox"/> in usufrutto 3 <input type="checkbox"/> a titolo gratuito 4 <input type="checkbox"/> in affitto 5 <input type="checkbox"/> Presenza di uno sfratto esecutivo	
	Dislocazione nel territorio	1 <input type="checkbox"/> servita 2 <input type="checkbox"/> poco servita 3 <input type="checkbox"/> isolata	
	Barriere architettoniche	1 <input type="checkbox"/> assenti 2 <input type="checkbox"/> solo esterne 3 <input type="checkbox"/> interne Piano..... Presenza ascensore 1 <input type="checkbox"/> sì 2 <input type="checkbox"/> no	
	Condizioni igieniche dell'abitazione	Pessime 1 2 3 4 5 Ottime	
	Giudizio sintetico	1 <input type="checkbox"/> abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n° di persone, ben servito) 2 <input type="checkbox"/> abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano l'anziano)	

		nel corretto utilizzo delle sue risorse residue o dei servizi	
		3 <input type="checkbox"/> abitazione non idonea (alloggio pericoloso, fatiscente ed antighenico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano, e/o sfratti esecutivi, e/o isolato	
<i>Fonte dati delle condizioni socio-sanitarie</i>			
5.09	UVI	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No Se sì, specificare Strumento di valutazione (5.09.01) 1 <input type="checkbox"/> Valutazione SVAMA 5 <input type="checkbox"/> Valutazione Schema Polare 2 <input type="checkbox"/> Valutazione AGED 6 <input type="checkbox"/> Valutazione VALGRAF 3 <input type="checkbox"/> Valutazione RUG 7 <input type="checkbox"/> Valutazione altro sistema codifica 4 <input type="checkbox"/> Valutazione SOSIA	
5.10	Cartella sociale	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No	
5.11	Raccolta diretta	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No	
6 Prestazioni cui è ammesso			
6.01	Servizio sociale professionale	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No	
6.02	Servizio Assistenza Domiciliare	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No	
	Se si specificare:		
	6.02.01 Numero ore settimanali	1 <input type="checkbox"/> fino a 10 ore 2 <input type="checkbox"/> da 11 a 18 ore 3 <input type="checkbox"/> più di 18 ore	
	6.02.02 Compartecipazione economica della famiglia	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No	
	6.02.03 Integrata con assistenza sanitaria (ADI)	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No	
6.03	Pasti e/o lavanderia a domicilio	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No	
	Se si specificare:		
	6.03.01 Compartecipazione economica della famiglia	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No	
6.04	Servizi di prossimità e buon vicinato	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No	
6.05	Telesoccorso, teleassistenza e telecontrollo	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No	
	Se si specificare:		
	6.05.01 Da parte del Comune/Ambito	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No	
	6.05.02 Da parte di comune/ASUR	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No	
	6.05.03 Da parte di ASUR	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No	
6.06	Trasporto sociale	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No	
6.07	Assegni economici per il sostegno alla domiciliarità e all'autonomia personale	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No	
	6.07.01 di cui assegni di cura finanziati dalla Regione	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No	
6.08	Inserimento in centro diurno o semiresidenziale	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No	
	Se si specificare:		
	6.08.01 Retta a carico di: Comune	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No Se si specificare quota retta giornaliera € _____ <input type="checkbox"/> non nota	
	6.08.02 Retta a carico di: Assistito o Famiglia	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No Se si specificare quota retta giornaliera € _____ <input type="checkbox"/> non nota	
	6.08.03 Retta a carico di: Servizio Sanitario	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No	

				Se si specificare quota retta giornaliera € _____ <input type="checkbox"/> non nota
6.09	Inserimento in struttura residenziale		1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No	
	Se si specificare			
6.09.01	Retta a carico di: Comune	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No		Se si specificare quota retta giornaliera € _____ <input type="checkbox"/> non nota
6.09.02	Retta a carico di: Assistito o Famiglia	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No		Se si specificare quota retta giornaliera € _____ <input type="checkbox"/> non nota
6.09.03	Retta a carico di: Servizio Sanitario	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No		Se si specificare quota retta giornaliera € _____ <input type="checkbox"/> non nota
6.10	Altre prestazioni non comprese nell'elenco		1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No	
	Se si specificare (vedi nomenclatore regionale)			
	1 _____	I	II	III
	2 _____	I	II	III
	3 _____	I	II	III
Informazioni assistente familiare				
Presenza assistente familiare	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No			
Condizione lavorativa?	1 <input type="checkbox"/> in possesso di regolare contratto di lavoro 2 <input type="checkbox"/> in corso di definizione			
Iscrizione all'Elenco regionale degli Assistenti familiari (DGR n. 118/2009)	1 <input type="checkbox"/> Sì 2 <input type="checkbox"/> No			
Sesso	1 <input type="checkbox"/> M 2 <input type="checkbox"/> F	Nazionalità		
Età	1 <input type="checkbox"/> 18-35 anni	2 <input type="checkbox"/> 36-50 anni	3 <input type="checkbox"/> 51-65 anni	
Istruzione	1 <input type="checkbox"/> nessun titolo 2 <input type="checkbox"/> licenza elementare 3 <input type="checkbox"/> scuole medie inf./avviamento 4 <input type="checkbox"/> scuola professionale 5 <input type="checkbox"/> medie superiori 6 <input type="checkbox"/> laurea			
Stato civile	1 <input type="checkbox"/> coniugato 2 <input type="checkbox"/> separato/divorziato 3 <input type="checkbox"/> vedovo 4 <input type="checkbox"/> celibe/nubile			
Convivente con l'anziano	1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no			
Anno del primo arrivo in Italia	_____			
Presenza di familiari nella provincia di residenza dell'anziano	1 <input type="checkbox"/> si 2 <input type="checkbox"/> no			
	Se sì, quale parente è presente? 1 <input type="checkbox"/> Coniuge 2 <input type="checkbox"/> Figli 3 <input type="checkbox"/> Genitori 4 <input type="checkbox"/> Sorelle/fratelli 5 <input type="checkbox"/> Altri Parenti			
7 Chiusura presa in carico				
1 <input type="checkbox"/> Decesso 2 <input type="checkbox"/> Non più in carico 3 <input type="checkbox"/> Scheda da cancellare (errore materiale, motivi tecnici ..)				
Compilazione a cura di:	Cognome	Nome	Cod. ____	

3- Valutazione della situazione socio-assistenziale:

ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA (parenti tenuti agli alimenti art.433 C.C.)

	Cognome e nome	parentela ¹	età	lontananza ²	Presenza nell'assistenza ³	(ADL) si occupa di ^{4 e 5}						(IADL) si occupa di ^{4 e 5}						Super-visione
						Uso del telefono	Fare la spesa	Preparazione pasti	Governare la casa	Fare il bucato	Uso dei mezzi trasporto	Uso del denaro	Fare il bagno	Vestire	Toilette	Spostamenti	Continenza feci e urine	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
ALTRE PERSONE ATTIVE (compreso personale privato es. badante)																		
7																		
8																		
9																		

¹ C = coniuge, FI = figlio/a, FR = fratello/sorella, ND = nipote diretto, NI = nipote indiretto, NU = genero/nuora, AL = altro familiare, VI = amici/vicini

² C = convivente, V = immediate vicinanze, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora

³ indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza (o lo è stata finora)

⁴ segnare una croce se si occupa di ADL (bagno, toilette, vestirsi, mangiare, etc.), iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, etc.), supervisione (diurna e/o notturna)

⁵ segnare con un cerchio attorno alla croce se sono stati identificati aspetti problematici nell'aiuto fornito

ADL/IADL	Prestazioni erogate da parte del familiare/assistente per il superamento della non-autosufficienza	Criticità individuate nell'aiuto prestato	Impegno per il familiare
	Descrizione dell'aiuto fornito	<input type="checkbox"/> Aiuto non adeguato perché	<input type="checkbox"/> Impegno a
		<input type="checkbox"/> Aiuto non adeguato perché <input type="checkbox"/> Aiuto non adeguato perché	<input type="checkbox"/> Impegno a Impegno a <input type="checkbox"/> Impegno a
		<input type="checkbox"/> Aiuto non adeguato perché	<input type="checkbox"/> Impegno a

Altri eventuali impegni Es. iscrizione dell' assistente familiare all'Elenco regionale (DGR n. 118/2009)

4. Modalità e tempistica delle verifiche

- Verifica telefonica
- Verifica mediante visita programmata
Giorno/i della settimana _____ Fascia oraria _____
- Verifica mediante visita non-programmata

Numero minimo delle visite previsto _____

Luogo _____

Data _____

L'assistito/per l'assistito _____

Operatore funzione "presa in carico" _____