**PROGETTO INDIVIDUALE PER UN PROGETTO DI VITA DIPENDENTE**

**D.G.R. n.2033/2024 di Regione Lombardia**

**FONDI ANNUALITÀ 2022 ESERCIZIO 2024/2025**

Nome e Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Composizione del nucleo familiare d’origine:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nominativo | Grado di parentela | Residenza |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* **Salute: interventi sanitari, sociosanitari e sociali attivi:**

SAD Comunale (ore settimanali n…........ ) PASTI A DOMICILIO

ADI (ASST) SERVIZI SEMI-RESIDENZIALI

SERVIZI DI SOLLIEVO ASSISTENZA ECONOMICA

Altro …………………………………………………....

* Istruzione/Formazione:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Lavoro

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Casa ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...................................................................................................................………………………………………
* Socialità (interazioni/relazioni interpersonali, vita sociale, civile e di comunità): …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..................................................................................................................…………………………………………
* Eventuali note aggiuntive:

...............................................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

* **SINTESI DEI BISOGNI RILEVATI E DELLE ASPETTATIVE DELLA PERSONA BENFICIARIA E DELLA SUA FAMIGLIA**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* **OBIETTIVI E PRIORITÀ DEL PROGETTO INDIVIDUALE**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Interventi da attivare e cronoprogramma**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Soggetto/i realizzatore/i di ciascun intervento** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* **BUDGET DI PROGETTO**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* **MONITORAGGIO E VERIFICA DEL PROGETTO**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Le parti sottoscrivendo il presente progetto si impegnano a tener fede agli impegni in esso dichiarati.

Luogo e data .......................................................

**FIRMATARI:**

Richiedente beneficiario………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Famigliare o eventualmente A.d.S ………………………………………………………………………………………………..................

Rappresentante referente dell’ASST Garda…………………………………………………………………………………………………………………….

Assistente sociale del Comune ………………………………………………………………………………………………………………………………...

Responsabile del progetto per il terzo settore ……………………………………………………………………….......................

**VALUTAZIONE FUNZIONALE**

*Scheda rilevazione dell’autosufficienza – ADL*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1) Lavarsi** | | |
| **a** | Non riceve aiuto (entra ed esce dalla vasca da solo, se la vasca è il mezzo usato abitualmente per lavarsi) |  |
| **a** | Riceve aiuto nel lavarsi soltanto per una parte del corpo (come la schiena o le gambe) |  |
| **b** | Riceve aiuto nel lavarsi soltanto per più di una parte del corpo (altrimenti non si lava) |  |
| **2) Vestirsi** (prende i vestiti dall’armadio e dai cassetti, compresi biancheria e vestiario e utilizza le chiusure) | | |
| **a** | Prende i vestiti e si veste completamente senza aiuto |  |
| **a** | Prende i vestiti e si veste completamente senza aiuto, eccetto che per legare le scarpe |  |
| **b** | Riceve aiuto nel prendere i vestiti e nell’indossarli, altrimenti rimane parzialmente o completamente svestito |  |
| **3) Uso dei servizi** | | |
| **a** | Va ai servizi, si pulisce e si sistema gli abiti (utilizzando anche presidi di sostegno come il bastone, il girello, o la sedia a rotelle e può gestirsi la padella per la notte o la comoda vuotandola al mattino) |  |
| **b** | Riceve aiuto per andare ai servizi o per pulirsi o per riassettarsi gli abiti |  |
| **b** | Non si reca ai servizi |  |
| **4) Trasferimento (mobilità)** | | |
| **a** | Entra ed esce dal letto, dalla poltrona, senza aiuto (può utilizzare presidi di sostegno – girello / bastone) |  |
| **b** | Entra ed esce dal letto, dalla poltrona, con aiuto |  |
| **b** | Non esce dal letto |  |
| **5) Continenza** | | |
| **a** | Ha completo autocontrollo sui movimenti |  |
| **b** | Ha occasionalmente degli incidenti |  |
| **b** | Una supervisione lo aiuta a mantenere il controllo; utilizza il catetere o è incontinente |  |
| **6) Alimentarsi** | | |
| **a** | Si alimenta da solo senza aiuto |  |
| **a** | Si alimenta da solo, ma richiede aiuto solo per tagliare la carne o per imburrare il pane o simili |  |
| **b** | Riceve assistenza nell’alimentarsi o è alimentato, in parte, completamente con l’utilizzo di sonde o intravena |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **6a** | **5a** | **4a** | **3a** | **2a** | **1a** |  | Indice Totale |
|  | **-** | **1b** | **2b** | **3b** | **4b** | **5b** | **6b** |  |
| Indice ADL | **A** | **B** | **C** | **D** | **E** | **F** | **G** |  |
|  | Autosufficiente | | Parzialmente Autosufficiente | | | Non autosufficiente | |  |
| Esito valutazione | **3 punti** | | **6 punti** | | | **12 punti** | |  |

**Nota:** Il livello di autosufficienza è determinato dalla somma finale delle lettere **a)** e **b)**

*Scheda rilevazione dell’autonomia – IADL*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1) È capace di utilizzare il telefono?** | | |
| **2** | Senza aiuto (compresa la ricerca e la formazione del numero) |  |
| **1** | Con qualche aiuto (in caso di emergenza può rispondere e chiamare ma ha bisogno di un telefono speciale o di un aiuto per formulare il numero) |  |
| **0** | È completamente incapace di usare il telefono |  |
| **2) È in grado di uscire e di recarsi in luoghi non raggiungibili a piedi?** | | |
| **2** | Senza aiuto (può viaggiare da solo prendendo i mezzi pubblici, il taxi, o guida la propria automobile) |  |
| **1** | Con qualche aiuto (ha bisogno che qualcuno l’aiuti, o che qualcuno esca con lei) |  |
| **0** | Non è assolutamente in grado di viaggiare se non su mezzi di emergenza quali ambulanza |  |
| **3) È in grado nei negozi di fare la spesa o di comperare vestiario?** | | |
| **2** | Senza aiuto (si cura di tutti gli acquisti di cui ha bisogno, facendo conto di non avere problemi di trasporto) |  |
| **1** | Con qualche aiuto (ha bisogno che qualcuno si rechi con lei nel giro per negozi) |  |
| **0** | Non è assolutamente in grado di fare alcun acquisto |  |
| **4) È in grado di preparare i suoi pasti?** | | |
| **2** | Senza aiuto (organizza e cucina i pasti per sé) |  |
| **1** | Con qualche aiuto (può preparare alcune cose, ma non è in grado di cucinare pasti completi da solo) |  |
| **0** | Non è assolutamente in grado di prepararsi alcun pasto |  |
| **5) Può fare lavori di casa?** | | |
| **2** | Senza aiuto (può pulire i pavimenti, ecc.) |  |
| **1** | Con qualche aiuto (è in grado di tenere pulita la casa ma ha bisogno di aiuto per i lavori pesanti) |  |
| **0** | Non è assolutamente in grado di fare alcunché in casa |  |
| **6) È in grado di prendere le sue medicine da solo?** | | |
| **2** | Senza aiuto (nelle dosi giuste ed al momento giusto) |  |
| **1** | Con qualche aiuto (è in grado di prendere le medicine se qualcuno gliele prepara o gli ricorda di prenderle) |  |
| **0** | Non è assolutamente in grado di prendere le sue medicine |  |
| **7) Sa maneggiare denaro?** | | |
| **2** | Senza aiuto (paga i conti, ecc.) |  |
| **1** | Con qualche aiuto (gestisce le spese quotidianamente ma ha bisogno di aiuto per il libretto degli assegni o per pagare conti o fatture) |  |
| **0** | Non è assolutamente in grado di maneggiare denaro |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Funzioni** | **Punteggi** |
| Telefono |  |
| Uscire di casa |  |
| Fare la spesa |  |
| Preparare i pasti |  |
| Lavori di casa |  |
| Prendere medicine |  |
| Usare il denaro |  |
| **Indice IADL** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Classi aggregate dell’indice IADL | | **Esito della valutazione** |
| 0 – 6 | Non autonomo | **14 punti** |
| 7 – 11 | Parzialmente autonomo | **7 punti** |
| 12 - 14 | Autonomo | **3.5 punti** |

Luogo e data,

Firma Assistente Sociale del Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_