



PROGETTO INDIVIDUALE (P.I.)
MISURE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE O IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA
(Misura B2 - Dgr 1669/2023 – Dgr 2033/2024- Dgr 2166/2024)

DATI ANAGRAFICI BENEFICIARIO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ --- _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente in via/P.za _____ a _____

Recapito Telefonico _____

Indirizzo e-mail _____

Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno _____

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE ANAGRAFICO

N.	Grado di parentela	Cognome e Nome	Data di Nascita	Certificazione invalidità e grado
1				
2				
3				
4				

<input type="checkbox"/> CARE GIVER FAMILIARE			
Cognome e Nome	Convivente	n. ore AL GIORNO di assistenza	Mansioni
Assistenza per: <input type="checkbox"/> Igiene personale <input type="checkbox"/> Alimentazione <input type="checkbox"/> Mobilità <input type="checkbox"/> Gestione terapia <input type="checkbox"/> Supporto sociale			

<input type="checkbox"/> PERSONALE DI ASSISTENZA RETRIBUITO			
Cognome e Nome	Convivente	n. ore AL GIORNO di assistenza	Mansioni

VALUTAZIONE SOCIALE/MULTIDIMENSIONALE

CONDIZIONE DI FRAGILITA'

INVALIDITA' CIVILE _____% _____ Certificato di gravità art. 3 c.3 L. 104/1992 In corso di validità

DIAGNOSI _____

ADL _____ IADL _____

RELAZIONE SOCIALE

Beneficiario (sintesi anamnestica e funzionale, percezione della propria condizione di bisogno e aspirazioni personali)	
Famiglia (rilevare potenzialità e fragilità quali stress, presenza di problematiche sanitarie o psicologiche, altro)	
Salute (interventi sanitari e sociosanitari e sociali)	
Rete (adeguatezza degli interventi in essere / necessità di implementazione - connessione tra i nodi della rete/ necessità di connessione)	
Condizione abitativa (valutare complessivamente Adeguatezza spazi/Condizioni igieniche/Vicinanza servizi/barriere architettoniche)	

CONDIZIONE ECONOMICA

Pensione di invalidità _€ _____ Pensione di anzianità/vecchiaia _€ _____

Indennità accompagnamento _€ _____

VALORE ATTESTAZIONE ISEE ORDINARIO NUCLEO FAMILIARE _____ scadenza _____

VALORE ATTESTAZIONE ISEE SOCIO SANITARIO BENEFICIARIO _____ scadenza _____

FREQUENZA SERVIZI E INTERVENTI

<input type="checkbox"/>	Non frequenta al momento nessuno servizio	Note _____
<input type="checkbox"/>	Frequenza istituto scolastico	Se sì quale _____ N. ore
<input type="checkbox"/>	Frequenta SFA/CSE/CD/CDI/CDD	Se sì quale _____ N. ore <input type="checkbox"/> Con compartecipazione quota comunale
<input type="checkbox"/>	Beneficiario di Interventi/misure comunali (es. SAD)	Se sì quale _____ <input type="checkbox"/> Con compartecipazione quota comunale
<input type="checkbox"/>	Fruitore servizio ADI	Se sì quale _____
<input type="checkbox"/>	Beneficiario Misura Dopo di Noi	Se sì quale _____
<input type="checkbox"/>	Beneficiario Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex L.r. 15/2015	
<input type="checkbox"/>	Beneficiario Home Care Premium INPS HCP	
<input type="checkbox"/>	Presenza nello stesso nucleo familiare di altro percettore della misura	Se sì Nominativo e Intervento _____

IPOTESI PROGETTUALE

Obiettivo progetto	
--------------------	--

3.1 INTERVENTI DI ASSISTENZA INDIRETTA (BUONI)

<input type="checkbox"/>	a) Buono sociale mensile CAREGIVER FAMILIARE
<input type="checkbox"/>	b) Buono sociale mensile per PERSONALE DI ASSISTENZA RETRIBUITO
<input type="checkbox"/>	c) Buono sociale progetti di vita indipendente

3.2 INTERVENTI DI ASSISTENZA DIRETTA (SERVIZI INTEGRATIVI)

<input type="checkbox"/>	<p>Prestazioni di respiro dall'assistenza (interventi di sollievo) che favoriscono la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare fino ad un massimo di € 2.400,00:</p> <p>1. prestazione socioassistenziale/tutelare a domicilio;</p> <p>2. ricovero temporaneo in struttura residenziale;</p> <p>3. prestazione socioeducativa/educativa a favore della persona con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio), anche tramite sviluppo di progettualità, finalizzato al "sollievo"</p> <p>L'intervento verrà attivato a seguito di stesura di un Progetto Integrativo dopo l'approvazione della graduatoria e secondo le tempistiche e modalità definite in tale progetto. Le specifiche riguardanti le modalità operative di attivazione e attuazione di tali interventi saranno definite con successivi atti.</p>
	Fabbisogno rilevato per eventuale attivazione dei Servizi Integrativi

Equipe Valutazione Sociale del...../ Multidimensionale del		
Ente Appartenenza	Nominativo Operatore	Firma
Comune		
ASST		

PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA CONDIVISO CON:	Data e luogo:	Nominativo	Firma
<input type="checkbox"/> Beneficiario/Familiare <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> Tutore/Curatore			

ESITI VALUTAZIONE SOCIALE

CRITERIO DI PRIORITA'

Beneficiario nell'annualità precedente del buono Misura B2 2023- Personale di assistenza retribuito	
---	--

a) SITUAZIONE ECONOMICA DEL NUCLEO FAMILIARE Massimo Punteggio 16

<i>Critério (le voci sono alternative)</i>	<i>Punti</i>	<i>Punti assegnati</i>
ISEE ORDINARIO < € 1.000,00	16	
ISEE ORDINARIO tra € 1.000,01 - € 5.000,00	14	
ISEE ORDINARIO tra € 5.000,01 - € 10.000,00	12	
ISEE ORDINARIO tra € 10.000,01 - € 15.000,00	10	
ISEE ORDINARIO tra € 15.000,01 - € 20.000,00	8	
ISEE ORDINARIO SUPERIORE A € 20.000,00	0	
MANCATA PRESENTAZIONE ISEE ORDINARIO	0	

b) COMPROMISSIONE FUNZIONALE (scala ADL) Massimo Punteggio 6

<i>Critério (le voci sono alternative)</i>	<i>Punti</i>	<i>Punti assegnati</i>
Valore Scala ADL 0-1	6	
Valore Scala ADL 2	5	
Valore Scala ADL 3	4	
Valore Scala ADL 4	3	
Valore Scala ADL 5	2	
Valore Scala ADL 6	0	

c) COMPROMISSIONE FUNZIONALE (scala IADL) Massimo Punteggio 4 (non per minori)

<i>Critério (le voci sono alternative)</i>	<i>Punti</i>	<i>Punti assegnati</i>
Valore Scala IADL 0-2	4	
Valore Scala IADL 3-4	3	
Valore Scala IADL 5-6	2	
Valore Scala IADL 7-8	0	

d) SITUAZIONE FAMILIARE DEL NUCLEO Massimo Punteggio 9

<i>Critério (le voci sono alternative)</i>	<i>Punti</i>	<i>Punti assegnati</i>
Beneficiario con ALMENO UN Familiare con invalidità riconosciuta al 100%	9	
Beneficiario solo	8	
Beneficiario con ALMENO UN familiare con invalidità riconosciuta dal 66% al 99% o con età > 85 anni o <3 anni	7	
Beneficiario con PIU' familiari senza invalidità tutti con età > 70 anni	6	
Beneficiario con UN SOLO familiare senza invalidità con età > 70 anni	5	
Beneficiario con UN SOLO familiare senza invalidità con età < 70 anni	4	
Altro	0	

PUNTEGGIO TOTALE

CRITERIO DI PRIORITA'	
a) SITUAZIONE ECONOMICA DEL NUCLEO FAMILIARE	
b) COMPROMISSIONE FUNZIONALE (scala ADL)	
c) COMPROMISSIONE FUNZIONALE (scala IADL)	
d) SITUAZIONE FAMILIARE DEL NUCLEO	
TOTALE PUNTEGGIO	

Data: _____

Operatore referente della compilazione _____

Firma dell'assistente sociale _____

Firma del Responsabile di servizio _____