

ALL.3

SCHEDA PROGETTO INDIVIDUALE

Il Progetto Individuale (P.I.) andrà compilato utilizzando l'applicazione di lettura di PDF (es. Adobe Acrobat) salvato e rinominato "PI Cognome Nome Anno"

1.DATI GENERALI DEL BENEFICIARIO (a cura del S.S.B.)

Domanda di valutazione presentata al Comune di residenza in data: _____ Prot. _____

In quanto:

- ☐ Minore con disabilità
☐ Adulto con disabilità
☐ Anziano non autosufficiente

Tipologia Isee presentato:

--- selezionare una voce dall'elenco ---

VALORE ISEE: € _____ , _____

Identificativo del Protocollo DSU dell'Isee presentato INPS-ISEE-2026- _____ - _____

Cognome e Nome: _____ Luogo nascita: _____

Data di nascita: _____

Genere:

--- selezionare una voce dall'elenco ---

Codice fiscale: _____

Residente a: _____ Cap: _____ via n.: _____

Domicilio (se diverso da residenza): _____

Persona di riferimento: _____ Parentela: _____ Tel: _____

Medico curante (MMG): Dott. _____

A.S. di riferimento: _____ email: _____ Tel: _____

Tipologia Assistito:

--- selezionare una voce dall'elenco ---

Note: _____

INVALIDITA' CIVILE: 100 % oppure _____ **Accompagnamento** SI' ☐ NO ☐
 LEGGE 104/1992 **ART. 3 Comma 3** RICONOSCIUTA SI' ☐ NO ☐
 REVISIONE SI' ☐ NO ☐
 DATA REVISIONE _____ / _____ (mese / anno)

Composizione nucleo familiare:

--- selezionare una voce dall'elenco ---

Istruzione/Formazione

--- selezionare una voce dall'elenco ---

Frequentante ☐ indicare h. frequenza settimanale _____ , _____
 Conclusa ☐

Titolarità dell'abitazione

--- selezionare una voce dall'elenco ---

Area Reddittuale:

--- selezionare una voce dall'elenco ---

La persona è già conosciuta dal servizio sociale di base SI' ☐ NO ☐
 Dipendente pubblico / o parente di secondo grado dipendente pubblico SI' ☐ NO ☐
 Domanda di accesso alla Misura B presentata lo scorso anno SI' ☐ NO ☐

Reti sociali

- ☐ Presenza di reti sociali formali/informali
☐ Presenza di particolari relazioni con la rete di vicinato
☐ Partecipazione attiva ad eventi promossi dalla comunità di appartenenza
☐ Capacità di utilizzo di risorse /Servizi formali/informali per accedere a diverse prestazioni
 Altro _____

2. VALUTAZIONE SOCIALE (a cura del S.S.B.)

Le scale di valutazione si riferiscono ad un soggetto adulto. Per i soggetti minorenni si chiede comunque compilazione che verrà parametrata in base alle capacità acquisibili dall'età anagrafica.

Scala di valutazione ADL

(si fa riferimento alle attività fondamentali della vita quotidiana nelle quali il soggetto è dipendente: su una scala da 0 a 6 punti, più basso è il punteggio finale maggiore è il bisogno di assistenza del soggetto)

Item di valutazione (ADL): Capacità di lavarsi --- selezionare una voce dall'elenco ---

Item di valutazione (ADL): Capacità di vestirsi --- selezionare una voce dall'elenco ---

Item di valutazione (ADL): Uso della toilette --- selezionare una voce dall'elenco ---

Item di valutazione (ADL): Trasferimento --- selezionare una voce dall'elenco ---

Item di valutazione (ADL): Continenza --- selezionare una voce dall'elenco ---

Item di valutazione (ADL): Alimentazione --- selezionare una voce dall'elenco ---

Totale Punteggio ADL : ___/6

(composto dalla somma dei punti in parentesi a lato della descrizione)

Scala di valutazione IADL

si fa riferimento al grado di compromissione nelle attività strumentali della vita quotidiana: su una scala da 0 a 8 punti, minore è il punteggio finale, maggiore è il grado di compromissione dell'autonomia del soggetto.

Item di valutazione (IADL): Capacità di usare il telefono --- selezionare una voce dall'elenco ---

Item di valutazione (IADL): Capacità di fare acquisti --- selezionare una voce dall'elenco ---

Item di valutazione (IADL): Capacità di preparazione del cibo --- selezionare una voce dall'elenco ---

Item di valutazione (IADL): Capacità di accudire la casa --- selezionare una voce dall'elenco ---

Item di valutazione (IADL): Capacità di essere autonomo nel lavaggio della biancheria --- selezionare una voce dall'elenco ---

Item di valutazione (IADL): Capacità di utilizzare mezzi di trasporto --- selezionare una voce dall'elenco ---

Item di valutazione (IADL): Capacità di assumere farmaci --- selezionare una voce dall'elenco ---

Item di valutazione (IADL): Capacità di gestire le proprie finanze --- selezionare una voce dall'elenco ---

Totale Punteggio IADL : ___/8

(composto dalla somma dei punti in parentesi a lato di ogni casella di scelta)

Disturbi area cognitiva:

--- selezionare una voce dall'elenco ---

Disturbi comportamentali:

--- selezionare una voce dall'elenco ---

Caregiver familiare¹:

--- selezionare una voce dall'elenco ---

Compiti di cura assicurati dal Caregiver familiare da sostenere con il Buono previsto dalla Misura Sostegno:

- ☐ Assistenza nell'igiene/cura della persona
- ☐ Assistenza nella mobilità (entrare/uscire dal letto; alzarsi dalla sedia)
- ☐ Assistenza durante i pasti (tagliare il cibo/imboccare)
- ☐ Preparazione dei pasti
- ☐ Somministrazione dei farmaci
- ☐ Accompagnamento a visite
- ☐ Disbrigo pratiche
- ☐ Altro (specificare) _____

Assistente Personale:

--- selezionare una voce dall'elenco ---

Compiti di cura assicurati dall'Assistente Familiare da sostenere con il Buono previsto dalla Misura Sostegno:

- ☐ Assistenza nell'igiene/cura della persona
- ☐ Assistenza nella mobilità (entrare/uscire dal letto; alzarsi dalla sedia)
- ☐ Assistenza durante i pasti (tagliare il cibo/imboccare)
- ☐ Preparazione dei pasti
- ☐ Somministrazione dei farmaci
- ☐ Altro (specificare) _____

VALUTAZIONE DEL CARICO ASSISTENZIALE

LEGENDA PER LA COMPILAZIONE DELLA TABELLA:

- a) Assistenza garantita 24 ore/24, compresa la notte: l'assistenza notturna si intende attiva e abituale;
- b) Assistenza continuativa di almeno 12 ore compresa l'assistenza notturna;
- c) Assistenza continuativa di almeno 7 ore al giorno;
- d) Assistenza quotidiana inferiore alle 7 ore al giorno;
- e) Assistenza occasionale per meno di tre accessi brevi durante la settimana;
- f) Mancata partecipazione all'organizzazione assistenziale.

N.B.: Le tabelle devono essere compilate anche nel caso in cui sia presente un assistente familiare regolarmente assunto. In tal caso, il carico assistenziale in capo ai figli/persona terze sarà valutato in funzione di tale condizione

GESTIONE DEL CARICO ASSISTENZIALE (Familiari, Collaboratori, Altri soggetti) Indicare nome e cognome	Età	Condizione lavorativa (N.B.: se il soggetto è senza reddito o contratto di lavoro part-time, indicare se tale condizione è dovuta alla perdita dell'occupazione o si tratta di una scelta per garantire assistenza alla persona fragile)	Rapporto (di parentela, Rapporti di Lavoro, Altro tipo di rapporto)	Valutazione carico assistenziale	Altro	Eventuale invalidita' del familiare riconosciuta in %
				Indicare lettera:		
Beneficiario: _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
1) _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2) _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3) _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4) _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5) _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6) _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Vi sono familiari che usufruiscono di permessi retribuiti continuativi per l'assistenza al congiunto ai sensi della L.104/92 o altre:

SI ☐ NO ☐

Chi ne usufruisce (Nome e cognome e relazione di parentela) _____

Durata dei permessi (Precisare se si tratta dei tre giorni mensili o del congedo straordinario) _____

PARTICOLARITA' DA SEGNALARE RIGUARDO LA COMPOSIZIONE FAMILIARE O L'ORGANIZZAZIONE ASSISTENZIALE

3. INTERVENTI SANITARI, SOCIO SANITARI, SOCIALI O SCOLASTICI ATTIVI

Utente che ha necessità di cure sanitarie:

--- selezionare una voce dall'elenco ---

Utente che ha già ricevuto interventi misura B2/Pro.Vi. DGR FNA-Pro.Vi.

--- selezionare una voce dall'elenco ---

Ha in corso un progetto individuale ai sensi della L.328/2000 - Progetto di Vita personalizzato e partecipato ai sensi della L.r 25/2022, D.lgs. 62/2024

SI' ☐ NO ☐

Interventi sanitari, sociosanitari o sociali già attivi:

- 08 ☐ Nessuno
- 01 ☐ Servizi/interventi sociali (ex Contributi sociali)
- 02 ☐ Ricovero di sollievo RSA/RSD
- 03 ☐ ADI/ C-DOM
- 04 ☐ SAD compreso servizi integrativi (pasti a dom. trasporti ecc.)
- 05 ☐ Protesi/ausili
- 12 ☐ Servizi Prima Infanzia/Scuola dell'Infanzia/Scuola Primaria/Scuola Secondaria I grado/Scuola Secondaria II grado
- 13 ☐ CSE - SFA
- 14 ☐ CDD
- 15 ☐ CDI
- 16 ☐ Riabilitazione ambulatoriale

- 17 ☐ Riabilitazione domiciliare
 18 ☐ Sperimentazione riabilitazione minori ambulatoriale
 20 ☐ Prestazioni Home Care Premium - incompatibilità
 21 ☐ Sostegno "Dopo di Noi"
 22 ☐ Assistenza educativa (domiciliare e/o presso struttura)
 23 ☐ Bonus per assistente familiare (ex LR 15/2015)
 24 ☐ Pro.Vi. ministeriale attivato dall'Ambito territoriale (FNA)
 25 ☐ RSA Aperte - incompatibilità
 26 ☐ CENTRO DIURNO PSICHIATRIA
 27 ☐ Frequenza di CFPP
 28 ☐ Utente in carico TELESOCORSO
 29 ☐ Frequenza di CDC
 30 ☐ Altro _____

Indicare nome servizio, figura professionale:
 Ore intervento/frequenza (settimanali): _____,

Periodi di sollievo presso:

- 31 ☐ RSD
 32 ☐ CSS/CAH

4. INTERVENTI PER CUI SI CHIEDE LA VALUTAZIONE

Selezionare la misura adatta al beneficiario a seguito di valutazione, in base alla fascia ISEE
 Si può selezionare un solo tipo di intervento ad eccezione dell'abbinamento buono caregiver (A) con voucher (S)

- ☐ **A1) Buono caregiver familiare di persona NON frequentante**
☐ **A2) Buono caregiver familiare di persona frequentante servizi**
 previsti solo in presenza di caregiver familiare ai sensi della Legge 20/05/2016 n.76¹
☐ **B1) Buono assistente familiare FULL time**
☐ **B2) Buono assistente familiare PART time**
☐ **C) Assegno all'autonomia** in alternativa ai buoni sociali di cui sopra
☐ **D) Voucher di monitoraggio**
 Al Buono caregiver e al Buono assistente familiare è abbinato d'ufficio il **voucher di monitoraggio (D)** per beneficiari non in carico a SAD, ADI, Servizi diurni, Scuole - anche ai fini degli adempimenti previsti da Regione Lombardia
☐ **P) Voucher per interventi di natura progettuale** che prevedono un'offerta articolata in termini di obiettivi e proposte (assegnabile in alternativa al buono sociale e al voucher di natura prestazionale)
☐ **S) Voucher per interventi specifici di natura prestazionale** abbinabile solo con il buono caregiver familiare (A)

IPOTESI PROGETTUALE (in caso di scelta del voucher)

Specificare il piano di intervento, gli obiettivi da raggiungere e/o la proposta progettuale individuata tra quelle offerte dagli Enti Gestori territoriali

Valutazione Sociale:

SSB: A.S. cognome nome:

AMBITO: A.S. cognome nome:

Valutazione Integrata:

ASST: AS _____ INFERMIERE _____ MEDICO _____

¹ caregiver familiare: è la "persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi delle legge 11 febbraio 1980, n. 18" (art. 1, comma 255, della legge 30 dicembre 2017, n. 205, richiamato altresì nella L.R. n. 23 del 22/11/22)