

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 grave disabilità
- Adulto con grave disabilità
- Anziano non autosufficiente

Tipologia Isee presentato:

VALORE ISEE: € _____ , _____

Identificativo del Protocollo DSU dell'Isee presentato INPS-ISEE-2024- _____ - _____

Cognome e Nome: _____ Luogo nascita: _____

Data di nascita: _____

Genere:

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:

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:

Istruzione/Formazione

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

Titolarità dell'abitazione

Area Reddittuale:

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 o Caregiver Familiare 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

Item di valutazione (ADL): Capacità di vestirsi

Item di valutazione (ADL): Uso della toilette

Item di valutazione (ADL): Trasferimento

Item di valutazione (ADL): Continenza

Item di valutazione (ADL): Alimentazione

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

Item di valutazione (IADL): Capacità di fare acquisti

Item di valutazione (IADL): Capacità di preparazione del cibo

Item di valutazione (IADL): Capacità di accudire la casa

Item di valutazione (IADL): Capacità di essere autonomo nel lavaggio della biancheria

Item di valutazione (IADL): Capacità di utilizzare mezzi di trasporto

Item di valutazione (IADL): Capacità di assumere farmaci

Item di valutazione (IADL): Capacità di gestire le proprie finanze

Totale Punteggio IADL : ___/8

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

Disturbi area cognitiva:

Disturbi comportamentali:

Caregiver familiare:

Compiti di cura assicurati dal Caregiver familiare da sostenere con il Buono previsto dalla Misura B2

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:

Compiti di cura assicurati dall'Assistente Familiare da sostenere con il Buono previsto dalla Misura B2:

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/persone terze sarà valutato in funzione di tale condizione

GESTIONE DEL CARICO ASSISTENZIALE (Familiari, Collaboratori, Altri soggetti)	Età	Condizione lavorativa <small>(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)</small>	Rapporto <small>(di parentela, Rapporti di Lavoro, Altro tipo di rapporto)</small>	Valutazione carico assistenziale	Altro	Eventuale invalidita' del familiare riconosciuta in %
				Indicare lettera:		
Indicare nome e cognome						
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 E SOCIO ASSISTENZIALI IN ATTO (a cura del S.S.B.)

Utente che ha necessità di cure sanitarie:

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

Ha in corso un progetto individuale ai sensi della L.328/2000 oppure
 Progetto individuale di vita personalizzato e partecipato ai sensi della l.r 25/2022 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
- 11 Misura Case management ex DGR 392/2013
- 12 Servizi Prima Infanzia/Scuola dell'Infanzia/Scuola Primaria/Scuola Secondaria I grado/Scuola Secondaria II grado
- 13 CSE
- 14 CDD
- 15 CDI
- 16 Riabilitazione ambulatoriale

- 17 Riabilitazione domiciliare
- 18 Sperimentazione riabilitazione minori ambulatoriale
- 19 Voucher anziani al caregiver familiare ex DGR 7487/2017
- 20 Prestazioni Home Care Premium
- 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
- 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

Primo Intervento	Secondo Intervento
A1 B. Buono Caregiver NON frequentante A2 B. Buono Caregiver frequentante servizi B1 B. Buono Assistente famigliare FULL time B2 B. Buono Assistente famigliare PART time C Assegno di autonomia D Monitoraggio (assegnabile d'Ufficio) E1 Prestazioni Socioassistenziali / Tutelari al domicilio E2 Sviluppo di progettualità finalizzate anche al "sollievo" in contesti socializzanti e educativi E3 Ricovero temporaneo in struttura residenziale F Formazione e addestramento - Nessun intervento	D Monitoraggio (assegnabile d'Ufficio) E1 Prestazioni Socioassistenziali / Tutelari al domicilio E2 Sviluppo di progettualità finalizzate anche al "sollievo" in contesti socializzanti e educativi E3 Ricovero temporaneo in struttura residenziale F Formazione e addestramento - Nessun intervento

Selezionare la misura adatta al beneficiario a seguito di valutazione, in base alla fascia ISEE dello stesso.

Possono essere riconosciuti al massimo due interventi

(ogni intervento è selezionabile solo una volta, non ripetibile)

Gli interventi di **Assistenza Indiretta** (i Buoni) non sono cumulabili tra loro

L'intervento di **Assistenza Indiretta** (Buono) è cumulabile con un intervento di **Assistenza Diretta** (Voucher)

Possono essere riconosciuti due interventi di **Assistenza Diretta** (Voucher)

Intervento D e F non possono essere cumulati

Intervento B1 e B2 non sono compatibili con gli interventi E

(es. Un intervento Indiretto + un intervento Diretto/ Due Interventi di Assistenza Diretta)

IPOTESI DI INTERVENTO

Nuovo avvio / Potenziamento Sad / Sadh
 Ricovero temporaneo
 Diurnato
 Formazione e Addestramento
 Intervento Educativo

Cres
 Intervento specifico (es. Piscina, Pet Therapy, Attività motoria, ...)
 Intervento specifico (es. Piscina, Pet Therapy, ...) + Intervento Educativo
 Cres + Intervento Educativo
 Altro _____

Altro: Specificare figura professionale incaricata dell'intervento (es. n° ore settimanali di intervento/n° accessi settimanali/ durata complessiva dell'intervento/ obiettivi da raggiungere)

Valutazione Sociale:

SSB: A.S. cognome nome:

AMBITO: A.S. cognome nome:

Valutazione Integrata:

ASST: AS _____ INFERMIERE _____ MEDICO _____