

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 _____	<b>Accompagnamento</b>	SI'	NO
LEGGE 104/1992 <b>ART. 3 Comma 3</b>	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 (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 invalidità 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 \_\_\_\_\_