# LOGO PIANO DI ZONAserv

**PROGETTO INDIVIDUALE (P.I.)**

**MISURE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA’ GRAVE O IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**

**(Misura B2 Dgr 5791/2021)**

## 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 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

* **CARE GIVER FAMILIARE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome e Nome | Convivente | n. ore settimanali assistenza | Mansioni |
|  |  |  |  |

* **PERSONALE DI ASSISTENZA RETRIBUITO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome e Nome | Convivente | n. ore settimanali 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**

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

**IPOTESI PROGETTUALE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Obiettivo progetto |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **□** | **a) Buono sociale mensile CAREGIVER FAMILIARE** |
| **□** | **b) Buono sociale mensile per PERSONALE DI ASSISTENZA RETRIBUITO** |
| **□** | **c) Buono sociale progetti di vita indipendente** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Equipe Valutazione Sociale del……………./ Multidimensionale del ………….** | | |
| Ente Appartenenza | Nominativo Operatore | Firma |
| Comune |  |  |
| ASST |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA CONDIVISO CON**: | Data e luogo: | Nominativo | Firma |
| * Beneficiario/Familiare * Amministratore di sostegno * Tutore/Curatore |  |  |  |

**ESITI VALUTAZIONE SOCIALE**

**CRITERIO DI PRIORITA’**

|  |  |
| --- | --- |
| **Beneficiario nell’annualità precedente del buono Misura B2 2021- Personale di assistenza retribuito** |  |

**a) SITUAZIONE ECONOMICA DEL NUCLEO FAMILIARE Massimo Punteggio 16**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Criterio (le voci sono alternative)* | *Punti* | *Punti assegnati* |
| **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** |  |

1. **COMPROMISSIONE FUNZIONALE (scala ADL) Massimo Punteggio 6**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Criterio (le voci sono alternative)* | *Punti* | *Punti assegnati* |
| **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** |  |

1. **COMPROMISSIONE FUNZIONALE (scala IADL) Massimo Punteggio 4** (non per minori)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Criterio (le voci sono alternative)* | *Punti* | *Punti assegnati* |
| **Valore Scala IADL 0-2** | **4** |  |
| **Valore Scala IADL 3-4** | **3** |  |
| **Valore Scala IADL 5-6** | **2** |  |
| **Valore Scala IADL 7-8** | **0** |  |

1. **SITUAZIONE FAMILIARE DEL NUCLEO Massimo Punteggio 9**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Criterio (le voci sono alternative)* | *Punti* | *Punti assegnati* |
| **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** |  |

1. **FREQUENZA SERVIZI Massimo Punteggio 5**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Criterio (le voci si possono cumulare)* | *Punti* | *Punti assegnati* |
| **Non frequenta servizi diurni socio-sanitari/educativi (CSE, SFA, CD, CDI, CDD…) e Istituzione scolastica** | **3** |  |
| **Frequenta i servizi diurni socio-sanitari/educativi (CSE, SFA, CD, CDI, CDD…) senza compartecipazione della quota sociale da parte del Comune** | **2** |  |
| **Non beneficiario di servizi comunali (SAD/pasto al domicilio)** | **2** |  |
| **Beneficiario di servizi comunali (SAD/pasto al domicilio) senza compartecipazione da parte del Comune** | **1** |  |

**PUNTEGGIO TOTALE**

|  |  |
| --- | --- |
| **CRITERIO DI PRIORITA’** |  |
| 1. **SITUAZIONE ECONOMICA DEL NUCLEO FAMILIARE** |  |
| 1. **COMPROMISSIONE FUNZIONALE (scala ADL)** |  |
| 1. **COMPROMISSIONE FUNZIONALE (scala IADL)** |  |
| 1. **SITUAZIONE FAMILIARE DEL NUCLEO** |  |
| 1. **FREQUENZA SERVIZI** |  |
| **TOTALE PUNTEGGIO** |  |

**Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Operatore referente della compilazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma dell’assistente sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Responsabile di servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**