



**PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (P.I.)  
MISURE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE O IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA  
(D.G.R. n. 1253/2019)**

**DATI ANAGRAFICI BENEFICIARIO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ --- \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente in via/P.za \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

Eventuale 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  
 ASSISTENTE FAMILIARE RETRIBUITO

Cognome e Nome	Convivente	n. ore settimanali assistenza	Mansioni

**VALUTAZIONE SOCIALE**

**CONDIZIONE DI FRAGILITA'**

INVALIDITA' CIVILE \_\_\_\_\_  Certificato di gravità art. 3 c.3 L. 104/1992

DIAGNOSI \_\_\_\_\_

ADL \_\_\_\_\_ IADL \_\_\_\_\_

**RELAZIONE SOCIALE**

<b>Beneficiario</b> (sintesi anamnestica e funzionale, percezione della propria condizione di bisogno e aspirazioni personali)	
<b>Famiglia</b> (rilevare potenzialità e fragilità quali stress, presenza di problematiche sanitarie o psicologiche, altro)	
<b>Rete</b> (adeguatezza degli interventi in essere / necessità di implementazione - connessione tra i nodi della rete/ necessità di connessione)	
<b>Condizione abitativa</b> (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"/>	Frequenta SFA/CSE	Se sì quale _____
<input type="checkbox"/>	Frequenta CDD	Se sì quale _____
<input type="checkbox"/>	Beneficiario di Interventi/misure comunali (es. SAD)	Se sì quale _____
<input type="checkbox"/>	Fruitore servizio ADI	Se sì quale _____
<input type="checkbox"/>	Beneficiario Misura Dopo di Noi (DGR 6674/2017)	Se sì quale _____
<input type="checkbox"/>	Beneficiario Misura B1 FNA	Se sì quale _____
<input type="checkbox"/>	Fruitore RSA Aperta ex DGR 7769/2018	Se sì quale _____
<input type="checkbox"/>	Beneficiario Misura Reddito di autonomia disabili e anziani anno 2019 (DGR 7487/2018)	
<input type="checkbox"/>	Beneficiario Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex L.r. 15/2015	
<input type="checkbox"/>	Presenza nello stesso nucleo familiare di altro percettore della misura	Se sì Nominativo e Intervento _____

**IPOTESI PROGETTUALE**

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

<input type="checkbox"/>	<b>Buono sociale mensile caregiver familiare</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Buono sociale mensile per assistente personale</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Buono sociale progetti di vita indipendente</b>

<input type="checkbox"/>	<b>Voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori</b> come di seguito descritto:	
	Ente attuatore dell'Intervento	
	Descrizione interventi	
	Ipotesi budget di intervento annuale	

**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			
<input type="checkbox"/> Familiare			
<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno			
<input type="checkbox"/> Tutore/Curatore			

<b>ESITI VALUTAZIONE SOCIALE</b>
----------------------------------

**a) SITUAZIONE ECONOMICA DEL NUCLEO FAMILIARE Massimo Punteggio 15**

<i>Criteria (le voci sono)</i>	<i>Punti</i>	<i>Punti assegnati</i>
<b>ISEE ORDINARIO &lt; € 1.000,00</b>	<b>15</b>	
<b>ISEE ORDINARIO tra € 1.000,01 - € 5.000,00</b>	<b>13</b>	
<b>ISEE ORDINARIO tra € 5.000,01 - € 10.000,00</b>	<b>11</b>	
<b>ISEE ORDINARIO tra € 10.000,01 - € 15.000,00</b>	<b>9</b>	
<b>ISEE ORDINARIO tra € 15.000,01 - € 20.000,00</b>	<b>7</b>	
<b>ISEE ORDINARIO SUPERIORE A € 20.000,00</b>	<b>0</b>	
<b>MANCATA PRESENTAZIONE ISEE ORDINARIO</b>	<b>0</b>	

**b) COMPROMISSIONE FUNZIONALE (scala ADL) Massimo Punteggio 3**

<i>Criteria (le voci sono alternative)</i>	<i>Punti</i>	<i>Punti assegnati</i>
<b>Compromissione alta (Valore Scala ADL 0-2)</b>	<b>3</b>	
<b>Compromissione media (Valore Scala ADL 3-4)</b>	<b>2</b>	
<b>Compromissione lieve (Valore Scala ADL 5-6)</b>	<b>1</b>	

**c) COMPROMISSIONE FUNZIONALE (scala IADL) Massimo Punteggio 2 (non per minori)**

<i>Criteria (le voci sono alternative)</i>	<i>Punti</i>	<i>Punti assegnati</i>
<b>Compromissione alta (Valore Scala IADL 0-4)</b>	<b>2</b>	
<b>Compromissione media (Valore Scala IADL 4-8)</b>	<b>1</b>	

**d) SITUAZIONE FAMILIARE DEL NUCLEO Massimo Punteggio 10**

<i>Criteria (le voci sono alternative)</i>	<i>Punti</i>	<i>Punti assegnati</i>
<b>Beneficiario con ALMENO UN Familiare con invalidità riconosciuta al 100%</b>	<b>10</b>	
<b>Beneficiario solo</b>	<b>9</b>	
<b>Beneficiario con ALMENO UN familiare con invalidità riconosciuta dal 66% al 99% o con età &gt; 85 anni o &lt;3 anni</b>	<b>8</b>	
<b>Beneficiario con PIU' familiari senza invalidità tutti con età &gt; 70 anni</b>	<b>7</b>	
<b>Beneficiario con UN SOLO familiare senza invalidità con età &gt; 70 anni</b>	<b>6</b>	
<b>Beneficiario con UN SOLO familiare senza invalidità con età &lt; 70 anni</b>	<b>5</b>	
<b>Altro</b>	<b>0</b>	

**c) FREQUENZA SERVIZI - Massimo Punteggio 8**

<i>Criteria (le voci si possono cumulare)</i>	<i>Punti</i>	<i>Punti assegnati</i>
<b>Non in carico alla Misura RSA aperta ex DGR 7769/2018</b>	<b>5</b>	
<b>Non frequenta servizi diurni socio-sanitari/educativi (CSE, SFA, CD, CDI, CDD...)</b>	<b>3</b>	
<b>Non beneficiario di servizi comunali (SAD/pasto al domicilio)</b>	<b>2</b>	

<b>PUNTEGGIO TOTALE</b>	
-------------------------	--

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

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

**Firma dell'assistente sociale** \_\_\_\_\_

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