|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ambito territoriale | AMBITO 9 |

|  |
| --- |
| ***PROGETTO INDIVIDUALE – MISURA B2*** |

|  |  |
| --- | --- |
| Per il Sig./Sig.ra |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nato/a a |  | il |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Residente a |  | Domiciliato /a a |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tel. |  | E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Codice fiscale |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MMG |  | Tel. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data domanda di accesso alla Misura |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data valutazione |  |

**TIPOLOGIA UTENTE**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Di qualsiasi età, al domicilio, che evidenzia gravi limitazioni della capacità funzionale |
|  | In condizione di gravità accertata ai sensi dell’art. 3 c. 3 L. 104/92 – persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato (ai sensi del d.lgs. 62/2024) |
|  | ovvero |
|  | Beneficiario dell’indennità di accompagnamento di cui alla L. n. 18/19820 e ss. mm. ii. L. 508/1988 |
|  | Con valore ISEE sociosanitario fino a max € 25.000,00 e ISEE ordinario (minori) fino a max € 40.000,00 |

**COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome e cognome** | **Data di nascita** | **Grado di parentela** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **EQUIPE VALUTATIVA INTEGRATA (ASST/AMBITO-COMUNE)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Figura professionale** | **Nome e cognome** | **Ente di appartenenza** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **FIGURE DI RIFERIMENTO/SOSTEGNO** |

|  |  |
| --- | --- |
| CAREGIVER FAMILIARE | CAREGIVER PROFESSIONALE |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Specificare tipologia Caregiver familiare:**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | coniuge/convivente |  | madre |  | Sorella/e |  | Cognato/a | |  | Figlio/a/i |  | padre |  | Cugino/a |  | Zio/a | |  | Ambedue i genitori |  | Fratello/i |  | Nuora/genero |  | Nessuno | |  | Altro specificare: |  |  |  |  |  |  | |

|  |
| --- |
| **Presenza di un amministratore di sostegno/tutore SI NO** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSISTENZA PERSONALE**  SI NO | | |
|  | Assistenza erogata da badante/assistente | contratto già in essere  in attesa di contrattualizzazione  - n. ore settimanali …………………….. |
|  | Assistenza erogata da altra/e persona/e non contrattualizzata (es. familiare) | |
|  | Altro (specificare) ………………………………………………………………………………………………………………… | |

|  |
| --- |
| **SERVIZI RETE SOCIOSANITARIA** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ADI** | DAL |  | AL |  | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali ……….. |
| **Centro Diurno Integrato (CDI)** | DAL |  | AL |  | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali ……….. |
| **Ricovero di sollievo** | DAL |  | AL |  | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali ……….. |
| **Misura B1** | DAL |  | AL |  | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali ……….. |
| **RSA Aperta** | DAL |  | AL |  | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali ……….. |
| **Residenzialità assistita** | DAL |  | AL |  | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali ……….. |
| **Ambulatori autismo** | DAL |  | AL |  | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali ……….. |
| **Case manager** | DAL |  | AL |  | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali ……….. |
| **RSA** | DAL |  | AL |  | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali ……….. |
| **CDD** | DAL |  | AL |  | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali ……….. |
| **CSS** | DAL |  | AL |  | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali ……….. |
| **In attesa di inserimento (specificare)** |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **SERVIZI DELLA RETE SOCIO ASSISTENZIALE** | |
| **Servizio pasti a domicilio** | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali  ……….. |
| **Servizio lavanderia** | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali  ……….. |
| **Servizio di trasporto** | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali  ……….. |
| **CSE** | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali  ……….. |
| **SFA** | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali  ……….. |
| **Servizio educativo domiciliare** | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali  ……….. |
| **Telesoccorso** | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali  ……….. |
| **SAD** | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali  ……….. |
| **Home care Premium** | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali  ……….. |
| **Dopo di Noi** | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali  ……….. |
| **Bonus assistente familiare (Regione Lombardia)** | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali  ……….. |
| **ProVi** | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali  ……….. |
| **Interventi di riabilitazione in regime ambulatoriale o domiciliare** | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali  ……….. |
| **Ricovero ospedaliero e/o riabilitativo** | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali  ……….. |
| **ADM/IP** | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali  ……….. |
| **Autonomia scolastica** | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali  ……….. |
| **Persona beneficiaria di altri finanziamenti pubblici per la realizzazione del proprio progetto di vita (specificare quali ……)** | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali  ……….. |
| **Altro**  **(specificare …..)** | Per n. ore settimanali/n. accessi settimanali  ……….. |
| **In attesa di inserimento in:** | |

**SERVIZI SPECIALISTICI** (logopedia, Scuolaba, fisioterapie conservative, pet therapy…)

* Ente: ……………………………………………… intervento specialistico …………………………………………………….. costo medio annuo per le famiglie: …………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Frequenza settimanale: |  | 1 giorno alla settimana |
|  |  | 2 giorni alla settimana |
|  |  | 3 giorni alla settimana |
|  |  | 4 giorni alla settimana |
|  |  | 5 giorni alla settimana |
|  |  | 6 giorni alla settimana |
|  |  | 7 giorni alla settimana |
|  |  |  |
| Copertura costi: |  | A carico del beneficiario o del suo nucleo familiare |
|  |  | A carico del SSN |
|  |  | A carico sia del SSN che del beneficiario |

* Ente: ……………………………………………… intervento specialistico …………………………………………………….. costo medio annuo per le famiglie: …………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Frequenza settimanale: |  | 1 giorno alla settimana |
|  |  | 2 giorni alla settimana |
|  |  | 3 giorni alla settimana |
|  |  | 4 giorni alla settimana |
|  |  | 5 giorni alla settimana |
|  |  | 6 giorni alla settimana |
|  |  | 7 giorni alla settimana |
|  |  |  |
| Copertura costi: |  | A carico del beneficiario o del suo nucleo familiare |
|  |  | A carico del SSN |
|  |  | A carico sia del SSN che del beneficiario |

* Ente: ……………………………………………… intervento specialistico …………………………………………………….. costo medio annuo per le famiglie: …………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Frequenza settimanale: |  | 1 giorno alla settimana |
|  |  | 2 giorni alla settimana |
|  |  | 3 giorni alla settimana |
|  |  | 4 giorni alla settimana |
|  |  | 5 giorni alla settimana |
|  |  | 6 giorni alla settimana |
|  |  | 7 giorni alla settimana |
|  |  |  |
| Copertura costi: |  | A carico del beneficiario o del suo nucleo familiare |
|  |  | A carico del SSN |
|  |  | A carico sia del SSN che del beneficiario |

|  |  |
| --- | --- |
| **DA COMPILARE SOLO NEL CASO DI BENEFICIARI MINORENNI** | |
| **Assistenza continuativa per supporto alla comunicazione** | |
|  | parla e si fa capire adeguatamente |
|  | necessita di qualcuno che medi la comunicazione o ausili per la comunicazione |
|  | non parla, non si esprime |
|  |  |
| **Assistenza continuativa per supporto alla socializzazione** | |
|  | si relaziona adeguatamente, si muove verso le persone spontaneamente in cerca di relazione |
|  | necessita di qualcuno che medi la socializzazione pur mostrando interesse a conoscere altre persone |
|  | senza la mediazione di qualcuno non entra in relazione con nessuno, resta completamente isolato |
|  |  |
| **Assistenza continuativa per supporto alla somministrazione di farmaci** | |
|  | non assume costantemente farmaci |
|  | assume regolarmente farmaci: in autonomia o su invito, li prende in modo autonomo |
|  | deve assumere costantemente farmaci ma devono essere preparati e somministrati da altri |
|  |  |
| **Assistenza continuativa per problematiche di comportamento** | |
|  | non mostra mai problematiche comportamentali legate alla sua disabilità, è sereno e tranquillo |
|  | attiva problematiche comportamentali in determinate situazioni stressanti o "attivanti" |
|  | necessita della presenza costante di qualcuno per contenere atteggiamenti ed agiti aggressivi pressoché costanti |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INVALIDITA’** | **RICONOSCIUTA IN DATA** | **REVISIONE IN DATA** |
| Diritto all’indennità di accompagnamento ai sensi della L. 18/90 e successive modifiche previste dalla L. 508/88    ++ù |  |  |
| Disabile grave ai sensi dell’art. 3 comma 3 della L. 104/1992 (INPS)    ++ù |  |  |
| In fase di accertamento    ++ù | DATA DI INVIO DEL CERTIFICATO MEDICO INTRODUTTIVO  …………………….. |  |

**DIAGNOSI (specificare tipologia diagnosi classificazione ICD9)**

Demenza – Alzheimer

++ù

Disabilità a seguito di evento traumatico

++ù

Disabilità non post traumatica, ictus o altre malattie cerebrovascolari (tetraplegia/emiplegia)

++ù

Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria

++ù

Malattia del motoneurone

++ù

Malattia sensoriale

++ù

Altra malattia neurodegenerativa (es Parkinson…)

++ù

Disabilità comportamentale (compresi i disturbi dello spettro autistico)

++ù

Ritardo mentale

++ù

Sindromi congenite su base cromosomica (Down…)

++ù

Distrofie muscolari e altre miopatie

++ù

Sclerosi multipla

++ù

Altro …………………………………………………………………. (da considerarsi solo come opzione residuale)

++ù

**VALORE ISEE SOCIOSANITARIO E/O ORDINARIO (minori) IN CORSO DI VALIDITA’ ………………………………………………….**

|  |
| --- |
| **SCALE DI VALUTAZIONE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Triage (scheda orientamento) | data |  | Valore Totale Triage: |  |
| ADL | data |  | Esito: |  |
| IADL | data |  | Esito/Valore: |  |
| Altro (specificare) | data |  | Esito/Valore: |  |
| Note Sociali: | | | | |
|  | | | | |

**IDONEO ALLA MISURA B2**

SI NO

++ù

++ù

Periodo di erogazione dal …………………………. al ………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| **PRESTAZIONI/INTERVENTO DA EROGARE** | **COSTO/ORE** |
| Buono Sociale mensile adulti/minori per assistenza continuativa al domicilio da parte del caregiver familiare | € ……. |
| Buono Sociale mensile per assistenza continuativa al domicilio da parte dell’assistente familiare con regolare contratto | € ……. |
| Assegno di autonomia per Progetto di Vita Indipendente | € ……. |
| Interventi integrativi sociali (parziale contributo in conto retta per ricovero residenziale) | € …… |
| Interventi integrativi sociali anziani | € ……  n. ore ……… |
| Interventi integrativi sociali adulti | € ……  n. ore …… |
| Interventi integrativi sociali minori | € …….  n. ore …….. |

|  |
| --- |
| **PROGETTO INDIVIDUALE (PI)** |

|  |  |
| --- | --- |
| Data redazione PI: |  |

|  |
| --- |
| DESCRIVERE IN MODO DETTAGLIATO GLI ELEMENTI PRINCIPALI DELLA VALUTAZIONE E GLI OBIETTIVI DEL PROGETTO REALIZZABILI E/O RAGGIUNGIBILI CON IL BUONO E/O IL VOUCHER ANCHE IN TERMINI DI QUALITA' DI VITA DELLA PERSONA E DEL SUO NUCLEO FAMILIARE E INTERVENTI PREVISTI |
| OBIETTIVI:  INTERVENTI: |

|  |
| --- |
| **ALTRE FORME INTEGRATIVE DI SOSTEGNO AI BISOGNI DELL’UTENTE** |

**REVISIONE / VERIFICA DEL PI:**

Per rinnovo data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per richiesta familiare data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per richiesta utente data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per richiesta Comune data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altro (specificare) data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MOTIVAZIONI**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CASE MANAGER DEL PROGETTO** | | | |
| **NOME** |  | **COGNOME** |  |
| **TELEFONO** |  |  |  |
| **Ente di Appartenenza (ASST/COMUNE) *specificare*** | |  | |

Ai sensi della D.G.R. 3719/2024, l’equipe integrata, attraverso la Valutazione Multidimensionale e la redazione/aggiornamento del Progetto Individualizzato conferma:

- la condizione di non autosufficienza ad alto bisogno assistenziale e disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato della persona, anche interfacciandosi con i servizi specialistici che hanno in carico la stessa in ragione di eventuali aggiornamenti intervenuti;

- il mantenimento dei requisiti di accesso;

- il Piano di Assistenza in atto.

**Firma degli Operatori Referenti di Comune e ASST**

|  |  |
| --- | --- |
| Firma Referente Medico Presidio Territoriale ASST |  |
| Firma Case Management Comune |  |
| Firma Operatore Referente ASST |  |

**SOTTOSCRITTORE PROGETTO INDIVIDUALE (UTENTE/FAMILIARE)**

*Condivido e concordo quanto previsto nel progetto individuale (p.i.) propostomi da: equipe valutazione multidimensionale territoriale/EOH/Comune. Sono inoltre consapevole che la fruizione dei benefici previsti dalla misura b2 di cui alla d.g.r. 3719/2024 e' subordinata: a) al posizionamento utile del beneficiario nella lista d’attesa che verra' costituita dal comune di residenza e/o ufficio di piano dell’ambito distrettuale, secondo i criteri e le priorità fissate dalla d.g.r. 3719/2024; b) alla verifica dell'effettiva disponibilità delle risorse necessarie all'erogazione dei benefici.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Luogo e Data |  |  |  |
|  |  | Firma del beneficiario o suo delegato\* |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| ***\*nota: se l’interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell’interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione).*** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Informativa della Privacy n. 679/2016/UE.*  ***Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo della Privacy n. 679/2016, ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell’accesso al***  ***beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e/o Ufficio di Piano dell’Ambito distrettuale e/o ASST di competenza, anche con l’ausilio di mezzi informatici. Preso atto dell’informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a/delegato/a***  ***acconsente al trattamento.*** | | | |
| Luogo e Data |  | FIRMA |  |