



PROGETTO INDIVIDUALE (P.I.)
MISURE A FAVORE DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E DELLA PERSONA CON DISABILITA' CON NECESSITA' DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO
(MISURA B2 - DGR N. 3719/2024)

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				

☐ **CAREGIVER FAMILIARE**

Cognome e Nome	Convivente	n. ore AL GIORNO di assistenza	Mansioni

Assistenza per: ☐ Igiene personale ☐ Alimentazione ☐ Mobilità ☐ Gestione terapia ☐ Supporto sociale

☐ **PERSONALE DI ASSISTENZA RETRIBUITO**

Cognome e Nome	Convivente	n. ore MENSILI di 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 (ISEE NUCLEO RISTRETTO) _____ 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	
☐	Beneficiario della Prestazione Universale di cui agli artt. 34-36 del D.lgs 29/2024	
☐	Presenza nello stesso nucleo familiare di altro percettore della misura	Se sì Nominativo e Intervento _____

IPOTESI PROGETTUALE	
Obiettivo progetto	

3.1 INTERVENTI DI ASSISTENZA INDIRETTA (BUONI)	
☐	a) Buono sociale mensile CAREGIVER FAMILIARE
☐	b) Buono sociale mensile per PERSONALE DI ASSISTENZA RETRIBUITO
☐	c) Buono sociale progetti di vita indipendente

3.2 INTERVENTI DI ASSISTENZA DIRETTA (SERVIZI INTEGRATIVI)	
☐	➤ Interventi a supporto e sollievo ai caregiver familiari: a) prestazione socioassistenziale/tutelare a domicilio b) ricovero temporaneo di sollievo; ➤ Progettualità di Benessere e miglioramento della qualità di vita della persona con disabilità e anziana non autosufficiente: a) Prestazione socioeducativa/educativa a favore della persona anziana non autosufficiente e della persona adulta con disabilità b) Prestazione socioeducativa/educativa a favore della persona minorenni con disabilità in contesti socializzanti. L'intervento verrà attivato entro il mese di giugno 2026 a seguito di stesura di un Progetto Integrativo dopo l'approvazione della graduatoria, secondo le tempistiche e modalità definite in tale progetto e secondo modalità operative sperimentali.
Fabbisogno rilevato per eventuale attivazione dei Servizi Integrativi	

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 2024 - Personale di assistenza retribuito	
---	--

a) SITUAZIONE ECONOMICA DEL NUCLEO FAMILIARE Massimo Punteggio 16

<i>Criterio (le voci sono alternative)</i>	<i>Punti</i>	<i>Punti assegnati</i>
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	

b) COMPROMISSIONE FUNZIONALE (scala ADL) Massimo Punteggio 6

<i>Criterio (le voci sono alternative)</i>	<i>Punti</i>	<i>Punti assegnati</i>
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	

c) COMPROMISSIONE FUNZIONALE (scala IADL) Massimo Punteggio 4 (non per minori)

<i>Criterio (le voci sono alternative)</i>	<i>Punti</i>	<i>Punti assegnati</i>
Valore Scala IADL 0-2	4	
Valore Scala IADL 3-4	3	
Valore Scala IADL 5-6	2	
Valore Scala IADL 7-8	0	

d) SITUAZIONE FAMILIARE DEL NUCLEO Massimo Punteggio 9

<i>Criterio (le voci sono alternative)</i>	<i>Punti</i>	<i>Punti assegnati</i>
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	

PUNTEGGIO TOTALE

CRITERIO DI PRIORITA'	
a) SITUAZIONE ECONOMICA DEL NUCLEO FAMILIARE	
b) COMPROMISSIONE FUNZIONALE (scala ADL)	
c) COMPROMISSIONE FUNZIONALE (scala IADL)	
d) SITUAZIONE FAMILIARE DEL NUCLEO	
TOTALE PUNTEGGIO	

Data: _____

Operatore referente della compilazione _____

Firma dell'assistente sociale _____

Firma del Responsabile di servizio _____