

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Spedali Civili



Ambito territoriale Brescia Est

**PROGETTO INDIVIDUALE – MISURA B2**

DGR 2033/2024

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

ovvero

beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla L. n. 18/1980 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:

<input type="checkbox"/> Coniuge/convivente	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Sorella/e	<input type="checkbox"/> Cognato/a
<input type="checkbox"/> Figlio/a/i	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Cugino/a	<input type="checkbox"/> Zio/a
<input type="checkbox"/> Ambedue i genitori	<input type="checkbox"/> Fratello/i	<input type="checkbox"/> Nuora/Genero	<input type="checkbox"/> Nessuno
<input type="checkbox"/> Altro specificare:			

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

**ASSISTENZA PERSONALE**     SI     NO

Assistenza erogata da badante/assistente assunta con regolare contratto

Assistenza erogata da altra/e persona/e non contrattualizzata (es. familiare)

Altro (specificare)

\* caregiver familiare

n. ore assistenza settimanali \_\_\_\_\_

tipologia di prestazioni assicurate

\*\* assistente personale/caregiver professionale

o assistente personale NON qualificato (colf/badante)

o assistente personale QUALIFICATO (con titolo socio assistenziale)

- monte ore settimanale di assistenza (min. 24 h/sett) \_\_\_\_\_

- tipo di prestazioni assistenziali garantite \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SERVIZI RETE SOCIO SANITARIA				
<input type="checkbox"/> ADI	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Centro Diurno Integrato (CDI)	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ricovero di Sollievo	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Misura B1	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> RSA Aperta	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Residenzialità Assistita	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ambulatori Autismo	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Case Management	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> RSA	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> CDD	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> CSS	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> In attesa di Inserimento (specificare):	<input type="text"/>			

SERVIZI DELLA RETE SOCIO-ASSISTENZIALE	
<input type="checkbox"/> Servizio pasti a domicilio	
<input type="checkbox"/> Servizio lavanderia	
<input type="checkbox"/> Servizio di trasporto	
<input type="checkbox"/> CSE	
<input type="checkbox"/> SFA / IPAD	
<input type="checkbox"/> Servizio Educativo Domiciliare	
<input type="checkbox"/> Telesoccorso	
<input type="checkbox"/> SAD	
<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> In attesa di inserimento in:	<input type="text"/>

in ALTRO è possibile inserire HOME CARE PREMIUM - Dopo di Noi - Bonus Assistente familiare Regione Lombardia - ProVI

## CERTIFICAZIONI

<input type="checkbox"/> Invalidità Civile %		
<input type="checkbox"/> Indennità accompagnamento		
<input type="checkbox"/> L.104/92 art. 3 c. 3 Handicap grave		
<input type="checkbox"/> Esenzione ticket sanitario (specificare codice/i)	1)	2)
	3)	4)
<input type="checkbox"/> Certificazione Specialistica		

**DIAGNOSI (specificare tipologia diagnosi classificazione ICD9)** vedi elenco condizioni nella pagina successiva


**VALORE ISEE SOCIOSANITARIO E/O ORDINARIO (minori) IN CORSO DI VALIDITA'**

--

## SCALE DI VALUTAZIONE

<input type="checkbox"/> Triage (scheda orientamento)	data		Valore Totale Triage:	
<input type="checkbox"/> ADL	data		Esito:	
<input type="checkbox"/> IADL	data		Esito:	
<input type="checkbox"/> Altro (specificare):				
	data		Esito/Valore:	
	data		Esito/Valore:	
	data		Esito/Valore:	

Note Sociali:

--

- o Demenza – Alzheimer
- o Disabilità a seguito di evento traumatico
- o Disabilità non post traumatiche, ictus o altre malattie cerebrovascolari (tetraplegia/emiplegia)
- o Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria
- o Malattia del motoneurone
- o Disabilità sensoriale
- o Altra malattia neurodegenerativa (Parkinson...)
- o Disabilità comportamentale (compresi i disturbi dello spettro autistico)
- o Ritardo mentale
- o Sindromi congenite su base cromosomica (Down...)
- o Distrofie muscolari e altre miopatie
- o Sclerosi multipla
- o Altro \_\_\_\_\_(da considerarsi solo come opzione residuale)

IDONEO ALLA MISURA B2:  SI  NO

periodo di erogazione dal  al

Interventi/prestazioni da erogare:

- Buono Sociale Mensile** €  finalizzato a compensare:
- prestazioni assicurate dal solo caregiver familiare € 100,00
  - prestazioni di assistente personale impiegato con regolare contratto min € 300,00 max € 400,00
- Buono Sociale Mensile** €  € 600,00 finalizzato a sostenere Progetti di "Vita Indipendente" (ISEE sociosanitario ≤ € 30.000,00)
- Voucher sociale** €  finalizzato al sostegno della vita di relazione di **minori con disabilità** per Progetti educativo/socializzanti o di **adulti e anziani con disabilità** con Progetti di natura socializzante e/o di supporto al caregiver

### 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 P.I.**

<input type="checkbox"/> per rinnovo	data	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> per richiesta familiare	data	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> per richiesta utente	data	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> per richiesta Comune	data	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> altro (specificare) <input type="text"/>	data	<input type="text"/>

**MOTIVAZIONI:**

**CASE MANAGER DEL PROGETTO**

**NOME**  **COGNOME**

**TELEFONO**

**Ente di Appartenenza (ASST/COMUNE) *specificare***

**Firma degli Operatori Referenti di Comune e 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. 5791/2021 E' SUBORDINATA: A) AL POSIZIONAMENTO UTILE DEL BENEFICIARIO NELLA GRADUATORIA CHE VERRA' COSTITUITA DAL COMUNE DI RESIDENZA E/O UFFICIO DI PIANO DELL'AMBITO DISTRETTUALE, SECONDO I CRITERI E LE PRIORITA' FISSATE DALLA D.G.R. 5791/2021; B) ALLA VERIFICA DELL'EFFETTIVA DISPONIBILITA' 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

Luogo e Data

Firma del caregiver, dove presente