



Carpiano
Cerro al Lambro
Colturano
Dresano
Melegnano
San Donato Milanese
San Giuliano Milanese
San Zenone al Lambro
Vizzolo Predabissi



AZIENDA SOCIALE SUD EST MILANO
Ente capofila Ambito Territoriale Sociale San
Giuliano Milanese

ALLEGATO B

**PROGETTO INDIVIDUALIZZATO PER L'ACCESSO ALLE MISURE DI SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA'
PREVISTE dalla DGR n. 2033/2024: MISURA B2**

A favore di:

Nome e Cognome

—

Nato/a a _____ il _____

Genere M ☐ F ☐

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residente a _____ () CAP _____

Via _____ Tel. _____

☐ Persona con grave disabilità

☐ Anziano/a non autosufficiente

Tipologia ISEE:

<input type="checkbox"/> 01	ISEE Ordinario
<input type="checkbox"/> 02	ISEE Sociosanitario: beneficiario, coniuge, figli minorenni, figli maggiorenni se a carico
<input type="checkbox"/> 03	ISEE Sociosanitario: solo beneficiario maggiorenne
<input type="checkbox"/> 04	ISEE Sociosanitario: genitori del beneficiario minorenne

Tipologia Assistito/a (diagnosi):

<input type="checkbox"/> 01	Demenza (Alzheimer, demenza da corpi di Lewy, demenza vascolare e altri stati di demenza)
<input type="checkbox"/> 02	Disabilità a seguito di un "evento traumatico" es. incidente stradale, caduta, trauma da parto ecc (tetraplegia, emiplegia, locked-in, stato vegetativo, cerebrolesione..)
<input type="checkbox"/> 03	Disabilità non post traumatiche es ictus o altre malattie cerebrovascolari (tetraplegia, emiplegia..)
<input type="checkbox"/> 04	Malattia del motoneurone
<input type="checkbox"/> 05	Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria (spasticismo, cerebrolesioni..)
<input type="checkbox"/> 06	Disabilità sensoriale
<input type="checkbox"/> 07	Altra malattia neurodegenerativa (Parkinson, malattia di Huntington...)
<input type="checkbox"/> 08	Disabilità comportamentale (compresi disturbi dello spettro autistico ..)
<input type="checkbox"/> 09	Ritardo mentale
<input type="checkbox"/> 10	Sindromi congenite su base cromosomica (sindrome di Down....)
<input type="checkbox"/> 11	Distrofie muscolari e altre miopatie
<input type="checkbox"/> 12	Sclerosi multipla
<input type="checkbox"/> 13	Altro (indicare come da diagnosi _____)

Composizione nucleo familiare:

<input type="checkbox"/> 01	Coniuge/convivente
<input type="checkbox"/> 02	Coniuge/convivente e figlio/i minore/i
<input type="checkbox"/> 03	Coniuge/convivente e figlio/i maggiorenne/i
<input type="checkbox"/> 04	Coniuge/convivente e figlio/i minore/i + figlio/i maggiorenne/i
<input type="checkbox"/> 05	Coniuge/convivente + un genitore/ambedue genitori
<input type="checkbox"/> 06	Ambedue i genitori
<input type="checkbox"/> 07	Ambedue i genitori + fratello/i + sorella/e
<input type="checkbox"/> 08	Padre
<input type="checkbox"/> 09	Padre + fratello/i + sorella/e
<input type="checkbox"/> 10	Madre

<input type="checkbox"/> 11	Madre + fratello/i + sorella/e
<input type="checkbox"/> 12	Fratello/i + sorella/i
<input type="checkbox"/> 13	Figlio/a/i
<input type="checkbox"/> 14	Solo
<input type="checkbox"/> 15	Altro

Indicare se è presente all'interno del nucleo un componente con invalidità e la percentuale_____

Tipologia Caregiver Familiare

Nome e Cognome_____

<input type="checkbox"/> 01	Coniuge/convivente	<input type="checkbox"/> 05	Madre	<input type="checkbox"/> 09	Cognato/a
<input type="checkbox"/> 02	Figlio/a/i	<input type="checkbox"/> 06	Fratello/i + sorella/i	<input type="checkbox"/> 10	Zio/a
<input type="checkbox"/> 03	Ambedue i genitori	<input type="checkbox"/> 07	Cugino/a	<input type="checkbox"/> 11	Nessuno
<input type="checkbox"/> 04	Padre	<input type="checkbox"/> 08	Nuora/Genero	<input type="checkbox"/> 12	Altro *

Assistente familiare retribuito: ore contratto (min 10 ore settimanali)

<input type="checkbox"/> 01	da 10 a 16 h settimanali di contratto
<input type="checkbox"/> 02	da 16,1 a 25 h settimanali di contratto
<input type="checkbox"/> 03	Più 25 h settimanali di contratto

Tipologia della valutazione

<input type="checkbox"/> 01	Prima valutazione (nuovo accesso)
<input type="checkbox"/> 02	Rivalutazione (es. beneficiario precedenti annualità)

Scala di valutazione

<input type="checkbox"/> 01	ADL
<input type="checkbox"/> 02	ADL + IADL
<input type="checkbox"/> 03	Nessuna delle due

ADL - attività di vita quotidiana

A) FARE IL BAGNO (vasca, doccia, spugnature)	
Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo).	1
Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso).	1
Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo.	0
B) VESTIRSI (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate)	
Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza. 1	1
Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe.	1
Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.	0
C) TOILETTE (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi)	
Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino).	1
Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda.	0
Non si reca in bagno per l'evacuazione.	0
D) SPOSTARSI	
Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore).	1
Compie questi trasferimenti se aiutato.	0
Allettato, non esce dal letto.	0
E) CONTINENZA DI FECI ED URINE	
Controlla completamente feci e urine.	1
"Incidenti" occasionali.	0

Necessità di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente	0
F) ALIMENTAZIONE	
Senza assistenza	1
Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane. 1	1
Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale	0

Totale:

IADL - attività strumentali di vita quotidiana

USARE IL TELEFONO	
Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero e lo compone	1
Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	1
E' in grado di rispondere al telefono, ma non compone i numeri	1
Non è capace di usare il telefono	0
FARE LA SPESA	
Si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi	1
E' in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi	0
Necessita di essere accompagnato per qualsiasi acquisto nei negozi	0
E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi	0
PREPARARE IL CIBO	
Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati	1
Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti	0
Scalda pasti preparati o prepara cibi ma non mantiene dieta adeguata	0
Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti	0
GOVERNO della CASA	
Mantiene la casa da solo o con occasionale aiuto (ad es. lavori pesanti)	1

Esegue solo compiti quotidiani leggeri ma livello di pulizia non suffic.	1
Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa	0
Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa	0
FARE IL BUCATO	
Fa il bucato personalmente e completamente	1
Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)	1
Tutta la biancheria deve essere lavata da altri	0
MEZZI di TRASPORTO	
Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto	1
Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici	1
Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato	1
Può spostarsi solo con taxi o auto e solo con assistenza	0
Non si sposta per niente	0
ASSUNZIONE FARMACI	
Prende le medicine che gli sono state prescritte	1
Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate	0
Non è in grado di prendere le medicine da solo	0
USO DEL DENARO	
Maneggia le proprie finanze in modo indipendente	1
E' in grado di fare piccoli acquisti	1
E' incapace di maneggiare i soldi	0

Totale:

Punti scale da attribuire al punteggio finale:

SCALA ADL

TOTALE PUNTI DATI DALLE FUNZIONI MANTENUTE	PUNTI DA ATTRIBUIRE NEL PUNTEGGIO FINALE
--	--

0-2	20
3-4	10
5-6	0

SCALA IADL

TOTALE PUNTI DATI DALLE FUNZIONI MANTENUTE	PUNTI DA ATTRIBUIRE NEL PUNTEGGIO FINALE
0-2	40
3-4	30
5-6	20
7-8	10

ESITO della valutazione del carico di cura

PUNTEGGIO DA 0 A 20 BASSA INTENSITA'	PUNTEGGIO DA 21 A 45 MEDIA INTENSITA'	PUNTEGGIO DA 46 A 60 ALTA INTENSITA'

Punt. intensità carico di cura _____ Contribuzione per intensità carico di cura _____

Valore ISEE € _____ Contribuzione per soglia ISEE _____

Esito valutazione

<input type="checkbox"/> 01	Persona appropriata alla misura
<input type="checkbox"/> 02	Persona non appropriata alla misura

E' stata effettuata una valutazione multidimensionale?

<input type="checkbox"/> 01	SI
<input type="checkbox"/> 02	NO

Ore al giorno di assistenza attiva erogate dal Caregiver Familiare: _____

Data Valutazione: _____

Utilizzo altro servizio:

<input type="checkbox"/> 01	Servizi/interventi sociali (ex Contributi sociali)
<input type="checkbox"/> 02	Ricovero di sollievo RSA/RSD
<input type="checkbox"/> 03	ADI/ C-DOM
<input type="checkbox"/> 04	SAD compreso servizi integrativi (pasti a dom. trasporti ecc.)
<input type="checkbox"/> 05	Protesi/ausili
<input type="checkbox"/> 06	Servizi Prima Infanzia/Scuola dell'Infanzia/Scuola Primaria/Scuola Secondaria I grado/Scuola Secondaria II grado
<input type="checkbox"/> 07	CSE
<input type="checkbox"/> 08	CDD
<input type="checkbox"/> 09	CDI
<input type="checkbox"/> 10	Riabilitazione ambulatoriale
<input type="checkbox"/> 11	Riabilitazione domiciliare
<input type="checkbox"/> 12	Sperimentazione riabilitazione minori ambulatoriale
<input type="checkbox"/> 13	Voucher anziani al caregiver familiare ex DGR 7487/2017
<input type="checkbox"/> 14	Prestazioni Home Care Premium
<input type="checkbox"/> 15	Sostegno "Dopo di Noi"
<input type="checkbox"/> 16	Assistenza educativa (domiciliare e/o presso struttura)
<input type="checkbox"/> 17	Bonus per assistente familiare (ex LR 15/2015)
<input type="checkbox"/> 18	SFA
<input type="checkbox"/> 19	Nessuno

Tipologia di assistenza attiva erogata dal Caregiver Familiare

Igiene personale e/o gestione continenza	SI	NO
Alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestione terapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto sociale e alla comunicazione (es. gestione comportamento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTERVENTI A FAVORE DELLA PERSONA CON GRAVE DISABILITA' O NON AUTOSUFFICIENTE		
Tipologia	Quota prevista	Descrizione dell'intervento
A) Assistenza continuativa della persona in condizione di grave disabilità o di non autosufficienza al domicilio da parte del <i>CAREGIVER FAMILIARE</i> <input type="checkbox"/>	€ 100,00 mensile	<hr/> <hr/> <hr/>
B) Assistenza continuativa della persona in condizione di grave disabilità o di non autosufficienza al domicilio da parte di <i>ASSISTENZA REGOLARMENTE ASSUNTO</i> <input type="checkbox"/>	€ <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
C) <i>PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE</i> di persone con disabilità fisico motoria grave e gravissima senza il supporto del caregiver familiare <input type="checkbox"/>	€ <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
Totale € <hr/>		

Assistente Sociale Comune di residenza _____

Firma Assistente Sociale Comune di residenza _____

Beneficiario/*Caregiver*

In qualità di ☐ Familiare ☐ Amministratore di sostegno ☐ Tutore ☐ Curatore

Firma _____

*Firma dell'altro genitore esercente la potestà genitoriale _____

*nel caso in cui la domanda riguarda un minore, e sia compilata da uno dei genitori esercenti la potestà genitoriale in maniera congiunta, deve essere sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori.

