ALLEGATO A

PROGETTO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE

ATTIVAZIONE MISURA SOSTEGNO – SERVIZI DGR XII/6320 DEL 15/06/2026

Cognome e Nome del beneficiario		
luogo di nascita	*data di nascita*	*codice fiscale*
comune di residenza	*indirizzo (via e numero civico)*	
Familiare caregiver di riferimento - Assistente familiare		
medico MMG/PLS di riferimento		

Tipologia utenza:

❑ persona anziana non autosufficiente a basso bisogno assistenziale;

❑ persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato (già grave disabilità) (0-69)

VALUTAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE (familiare e non familiare)									
Cognome e nome	Data di nascita	Rapporto di parentela o tipo di relazione	Comune di residenza/ recapito TEL.	Convivente	Attuatore interventi ADL	Care giver Si/no	Attuatore interventi IADL	Relazione conflittuale	Grave problematica sociosanitaria /Invalidità
CONVIVENTI (anche eventuale badante)									
				☐	☐		☐	☐	☐
				☐	☐		☐	☐	☐
				☐	☐		☐	☐	☐
				☐	☐		☐	☐	☐
				☐	☐		☐	☐	☐
NON CONVIVENTI (persone di riferimento significative)									
				☐	☐		☐	☐	☐
				☐	☐		☐	☐	☐
				☐	☐		☐	☐	☐
				☐	☐		☐	☐	☐

Note (altre informazioni sul contesto familiare e sociale):

VALUTAZIONE CONDIZIONE ABITATIVA ED AMBIENTE DI VITA	
Spazi adeguati per alloggio assistente familiare	❑ **SI** ❑ **NO**
Camera assistito dedicata	❑ **SI** ❑ **NO**
Micro clima adeguato	❑ **SI** ❑ **NO**

. Nr. 02610710200 –
Azienda Sociale Destra Secchia, Prot. N. 0003961 del 03-11-2026 in partenza
PEC: serviziallapersona.destrasecchia@pec.it

Condizioni igieniche adeguate	❑ **SI** ❑ **NO**
Condizioni strutturali adeguate	❑ **SI** ❑ **NO**
Servizi igienici adeguati	❑ **SI** ❑ **NO**
Casa isolata	❑ **SI** ❑ **NO**
Servita da mezzi pubblici (trasporti, farmacie, negozi)	❑ **SI** ❑ **NO**
Barriere architettoniche	❑ **SI** ❑ **NO**
Presenza di ascensore	❑ **SI** ❑ **NO**
Piano dell'abitazione	
Abitazione (affitto, proprietà, usofrutto……)	

ESITO DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

1. indicare i bisogni della persona e della famiglia considerando gli aspetti sanitari, socio sanitari e sociali della persona nonché gli aspetti sociali della famiglia e del contesto più prossimo es:

❑ sorveglianza
❑ igiene personale quotidiana
❑ adeguata alimentazione
❑ accudimento continuo e costante nell'abitazione
❑ altro

……

……

2. le altre tipologie di assistenza già attive, in particolare precisare se già attivi e le eventuali spese sostenute dalla famiglia e / o dal Comune (riferimento annuo: in caso di continuità di servizi nel 2025 posso utilizzare i costi anno 2024, in caso di servizio nuovi del 2025 della durata annuale considero le spese del primo semestre 2025 e le moltiplico per due)

☐ Ricovero di sollievo RSA/RSD spesa sostenuta annuale _____
☐ ADI
☐ SAD compreso servizi integrativi (pasti a dom. trasporti ecc.) spesa sostenuta annuale _____
☐ Sostegno "Dopo di Noi" (indicare tipologia progetto e importo € _____)
☐ Misura Case management ex DGR 392/2013
☐ Servizi Prima Infanzia/Scuola dell'Infanzia/Scuola Primaria/Scuola Secondaria I grado/Scuola Secondaria II grado (indicare scuola frequentata _____)
☐ Servizio di assistenza ad personam in ambito scolastico
☐ Dopo scuola _____costo sostenuto _____
☐ Educativa domiciliare
☐ Centri diurno ☐ CSE ☐ CDD ☐ SFA (☐ part – time) (☐ full – time) spesa sostenuta annuale:_____
☐ Riabilitazione ambulatoriale / domiciliare spesa sostenuta annuale _____
☐ Riabilitazione minori ambulatoriale
☐ Prestazioni Home Care Premium
☐ Frequenza servizi riabilitativi scolastici (Casa del Sole)
☐ Altro (specificare _____)
☐ Nessuno

Altro ……

3. indicare le ore, come da contratto_____, dell'assistente famigliare:

❑ contratto da 10 a 19 ore sett.
❑ contratto da 20 a 39 ore sett.
❑ contratto ≥ 40 ore sett.
❑ altro……..

4. Il caregiver familiare garantisce le seguenti ore **giornaliere** di assistenza: _____

per lo svolgimento della seguente assistenza:

. Nr. 02610710200 –
PEC: serviziallapersona.destrasecchia@pec.it

Azienda Sociale Destra Secchia, Prot. N. 0003961 del 03-11-2026 in partenza

☐Igiene personale (compreso il vestire/svestire) e/o Gestione continenza
☐Alimentazione (compresa preparazione e somministrazione)
☐Mobilità (Trasferimenti, Passaggi posturali, Deambulazione, Spostamenti, …)
☐Gestione terapia (compresa farmacologica, di supporto nutrizionale, respiratorio, …)
☐Supporto sociale e alla comunicazione (compreso gestione comportamento-problema)

- **MISURA SOSTEGNO:**

❑ **Buono sociale mensile** di € 100,00 finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal solo **caregiver familiare**.

❑ **Buono sociale mensile**, fino ad un importo massimo di € 240,00 in caso **di personale di assistenza regolarmente impiegato** anche in presenza di caregiver famigliare. Il valore del buono verrà determinato in base al monte ore impiegato dal personale di assistenza.

OBIETTIVI dell'intervento
(declinare gli esiti desiderati dagli interventi proposti considerando la fragilità della persona e della famiglia) ad es.:
❑ garantire la presenza costante del caregiver
❑ garantire la presenza dell'assistente famigliare
❑ garantire interventi educativi per sostenere la vita di relazione
❑ sostenere la domiciliarità
❑ altro ……..

- **INTERVENTO MISURA SERVIZI:**

TIPOLOGIA DI INTERVENTI	❒ **SUPPORTO E SOLLIEVO AI CAREGIVER FAMILIARI** Per un importo massimo di **€ _____così suddiviso:** - **n° ore ……/settimana per n°** .....**settimane** - **n° ore ……/mese per n°** ..... **mesi (dal ____al____)** - **n° ore totali …… dal …….. al ……..** **Ente gestore accreditato o in convezione _____** **codice CUDES_____** erogate dalle seguenti figure professionali: ❒ OSS / ASA ❒ ALTRO specificare_____ **INTERVENTI PREVISTI:** _____ _____ _____ **OBIETTIVI:** ❒ garantire un periodo di sollievo dall'assistenza, programmabile anche sulla base delle esigenze del caregiver; ❒ garantire la sostituzione, anche in situazioni di emergenza, del caregiver che deve sospendere l'attività di caregiving, in via temporanea o prolungata (es. problemi di salute, cura di sé); ❒ assicurare un percorso di sostegno al caregiver familiare anche individuale o di gruppo; ❒ assicurare l'accompagnamento nella ridefinizione delle capacità di cura del caregiver a seguito di una modifica dell'equilibrio assistenziale conseguente alle mutate condizioni del proprio congiunto (ad esempio con interventi di formazione/addestramento per rinforzare le capacità del caregiver).

. Nr. 02610710200 –
PEC: serviziallapersona.destrasecchia@pec.it
Azienda Sociale Destra Secchia, Prot. N. 0003961 del 03-11-2026 in partenza

❒ **BENESSERE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DI VITA DELLA PERSONA CON DISABILITA' E ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE**

Per un importo mensile di **€ _____così suddiviso:**

- **n° ore ……/settimana per n°** .....**settimane**
- **n° ore ……/mese per n°** ..... **mesi (dal _____al____)**
- **n° ore totali …… dal …….. al ……**

erogate dalle seguenti figure professionali:

educatore _____

Ente gestore accreditato o in convezione _____

codice CUDES_____

INTERVENTI PREVISTI:

_____

_____

_____

OBIETTIVI:

❒ creare occasioni di incontro e condivisione implementando la relazione con gli altri in contesti di vita ordinari;

❒ sviluppare attività per promuovere la convivialità come modo di stare insieme e condividere un senso di appartenenza;

❒ incrementare le risorse personali potenziando l'empowerment soggettivo;

❒ migliorare i comportamenti, le competenze, le capacità e le abilità ampliando l'autonomia Personale.

PIANIFICAZIONE

IMPORTO ASSEGNATO _____ DA SPENDERE DAL _____AL_____

PIANIFICAZIONE DELLE VERIFICHE : DATA _____ DATA _____

PIANIFICAZIONE DELLE VERIFICHE ❒SETTEMBRE ❒DICEMBRE ❒MARZO ❒GIUGNO

MONITORAGGIO

SERVIZIO ATTIVATO IN DATA	se non ATTIVATO specificare il perché

CONTROLLO EFFETTUATO DALL'ASSISITENTE SOCIALE SUL MANTENIMENTO DEI REQUISITI E SUL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO ❒SETTEMBRE ❒DICEMBRE ❒MARZO ❒GIUGNO

CHIUSURA

DATA FINE PROGETTO_____ OBIETTIVI RAGGIUNTI ❒SI ❒NO

CONTROLLO RENDICONTAZIONE (quando prevista) ❒ OK ❒ Richiesta integrazione

IMPORTO LIQUIDATO _____ RESIDUI_____

. Nr. 02610710200 –
PEC: serviziallapersona.destrasecchia@pec.it
Azienda Sociale Destra Secchia, Prot. N. 0003961 del 03-11-2026 in partenza

Il/la sig./sig.ra_____nato/a _____e residente

a_____in via_____

DICHIARA

*di esprimere il proprio **consenso** affinché i **dati personali** forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.*

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

- *I dati personali o sensibili presenti nell'istanza sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.*
- *Il trattamento e l'archiviazione dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.*
- *I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.*

Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:

- *Operatori degli Uffici dell'ASST afferenti all'ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;*
- *Operatori degli Uffici dell'ATS, appositamente incaricati ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Ente;*
- *Società, Enti/Aziende, accreditate e contrattualizzate, per l'erogazione del Voucher Socio Sanitario e nominate Responsabili del trattamento dei dati personali;*
- *Società, Enti/Aziende che, per conto dell'ATS, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Ente od attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;*
- *soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;*
  - *operatori dei Comuni/Uffici di Piano, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;*
  - *suo medico di famiglia (medico di medicina generale o pediatra).*

I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati (RPD/DPO) sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

Assistente Sociale Comune di residenza di riferimento per la famiglia

Ente	Nominativo	Ruolo	recapiti

Operatore ASST di riferimento per la famiglia

Ente	Nominativo	Ruolo	recapiti

- Il richiedente si impegna a segnalare al Servizio Sociale Comunale, dopo la presentazione della domanda, ogni variazione che possa comportare la decadenza del diritto al beneficio.

- il richiedente dichiara di essere a conoscenza che il Servizio Sociale comunale e/o l'Ufficio di Piano distrettuale effettueranno puntuali controlli sulla veridicità delle dichiarazioni effettuate adottando, nel caso di accertata non veridicità, i provvedimenti conseguenti, a norma di legge (DPR 445/2000).

Luogo,…… *Data……*

. Nr. 02610710200 –
PEC: serviziallapersona.destrasecchia@pec.it
Azienda Sociale Destra Secchia, Prot. N. 0003961 del 03-11-2026 in partenza

PERSONE COINVOLTE

firma del paziente/familiare

……

firma dell'A.S. del Comune di residenza

……

firma dell'operatore dell'ASST

……

firma dell'Ente gestore

……

Allegati:
Scheda di valutazione complessiva, scheda di valutazione ADL; scheda di valutazione IADL;

SCHEDA DI VALUTAZIONE COMPLESSIVA

VALUTAZIONE AREA MINORI	
LIVELLO DI NON AUTOSUFFICIENZA	**punti**
Minore con riconoscimento indennità di accompagnamento	20
Minore con riconoscimento indennità di frequenza	12
CARICO ASSISTENZIALE	**punti**
Condizione di nucleo monoparentale in cui manca l'altra figura genitoriale (decesso, carcerazione, perdita della responsabilità genitoriale, riconoscimento del minore da parte di un solo genitore, affido esclusivo ad un genitore)	25
Presenza di un solo genitore residente nel nucleo famigliare	15
Presenza di entrambi i genitori residenti all'interno del nucleo	10
CONDIZIONE LAVORATIVA	
Nucleo famigliare in cui entrambi i genitori svolgano attività lavorativa a tempo pieno (almeno 36 ore settimanali)	25
Nucleo famigliare ove un genitore svolga attività lavorativa a tempo pieno e uno a tempo parziale	15
Nucleo famigliare in cui entrambi i genitori svolgano attività lavorativa a tempo parziale	10
Nucleo famigliare in cui solo un genitore svolga attività lavorativa	5
Nucleo famigliare in cui nessun genitore lavora	0
ALTRO DISABILE CONVIVENTE	**punti**
Presenza di altro disabile convivente con invalidità tra 67 % e il 100 % (per ogni persona 5 punti, se per lo stesso nucleo vengono presentate n. 2 o più domande di B2, 5 punti assegnati solo al primo richiedente)	
VALUTAZIONE ECONOMICA TRAMITE ISEE ORDINARIO	**punti**
ISEE da € 0,00 a € 6.000,00	20
ISEE da € 6.000,01 a € 10.000,00	16
ISEE da € 10.000,01 a € 15.000,00	13
ISEE da € 15.000,01 a € 20.000,00	10
ISEE da € 20.000,01 a € 25.000,00	8
ISSE da 25.000,01 a € 30.000,00	5
ISEE da € 30.000,01 a € 40.000,00	3
TOTALE	

. Nr. 02610710200 –
PEC: serviziallapersona.destrasecchia@pec.it

Azienda Sociale Destra Secchia, Prot. N. 0003961 del 03-11-2026 in partenza

VALUTAZIONE AREA ANZIANI E ADULTI	
PUNTEGGIO SCALA ADL	**punti**
Livello 1 (da 0 a 1)	10
Livello 2 (da 2 a 4)	6
Livello 3 (da 5 a 6)	2
PUNTEGGIO SCALA IADL	**punti**
Livello 1 (da 0 a 2)	10
Livello 2 (da 3 a 5)	6
Livello 3 (da 6 a 8)	2
CARICO ASSISTENZIALE	**punti**
Presenza di Assistente famigliare con regolare contratto	35
Caregiver convivente	25
Caregiver non convivente	20
ALTRO DISABILE CONVIVENTE	**punti**
Presenza di altro disabile convivente con invalidità tra 67 % e il 100 % (per ogni persona 5 punti, se per lo stesso nucleo vengono presentate n. 2 o più domande di B2, 5 punti assegnati solo al primo richiedente)	
VALUTAZIONE ECONOMICA TRAMITE ISEE SOCIO SANITARIO PER ANZIANI E DISABILI	**punti**
ISEE da € 0,00 a € 6.000,00	20
ISEE da € 6.000,01 a € 9.000,00	16
ISEE da € 9.000,01 a € 12.000,00	13
ISEE da € 12.000,01 a € 15.000,00	10
ISEE da € 15.00,01 a € 18.000,00	8
ISEE da € 18.000,01 a € 21.000,00	5
ISEE da € 21.000,01 a € 25.000,00	3
TOTALE	

. Nr. 02610710200 –
PEC: serviziallapersona.destrasecchia@pec.it

Azienda Sociale Destra Secchia, Prot. N. 0003961 del 03-11-2026 in partenza

ADL

A) **FARE IL BAGNO** (vasca, doccia, spugnature)	Punteggio
1) Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo).	1
2) Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso).	1
3) 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)	
1) Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza.	1
2) Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe.	1
3) 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)	
1) 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
2) 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
3) Non si reca in bagno per l'evacuazione	0
D) SPOSTARSI	
1) Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore).	1
2) Compie questi trasferimenti se aiutato.	0
3) Allettato, non esce dal letto.	0
E) CONTINENZA DI FECI ED URINE	
1) Controlla completamente feci e urine.	1
2) "Incidenti" occasionali.	0
3) Necessità di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente	0
F) ALIMENTAZIONE	
1) Senza assistenza.	1
2) Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane.	1
3) Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale.	0
PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F)	**/6**

Azienda Sociale Destra Secchia, Prot. N. 0003961 del 03-11-2026 in partenza

IADL

A) USARE IL TELEFONO	1) Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero e lo compone	**1**
	2) Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	**1**
	3) È in grado di rispondere al telefono, ma non compone i numeri	**1**
	4) Non è capace di usare il telefono	**0**
B) FARE LA SPESA	1) Si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi	**1**
	2) È in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi	**0**
	3) Necessita di essere accompagnato per qualsiasi acquisto nei negozi	**0**
	4) È del tutto incapace di fare acquisti nei negozi	**0**
C) PREPARARE IL CIBO	1) Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati	**1**
	2) Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti	**0**
	3) Scalda pasti preparati o prepara cibi ma non mantiene dieta adeguata	**0**
	4) Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti	**0**
D) GOVERNO della CASA	1) Mantiene la casa da solo o con occasionale aiuto (ad es. lavori pesanti)	**1**
	2) Esegue solo compiti quotidiani leggeri ma livello di pulizia non sufficiente	**1**
	3) Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa	**0**
	4) Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa	**0**
E) FARE IL BUCATO	1) Fa il bucato personalmente e completamente	**1**
	2) Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)	**1**
	3) Tutta la biancheria deve essere lavata da altri	**0**
F) MEZZI di TRASPORTO	1) Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto	**1**
	2) Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici	**1**
	3) Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato	**1**
	4) Può spostarsi solo con taxi o auto e solo con assistenza	**0**
	5) Non si sposta per niente	**0**
G) ASSUNZIONE FARMACI	1) Prende le medicine che gli sono state prescritte	**1**
	2) Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate	**0**
	3) Non è in grado di prendere le medicine da solo	**0**
H) USO DEL DENARO	1) Maneggia le proprie finanze in modo indipendente	**1**
	2) È in grado di fare piccoli acquisti	**1**
	3) È incapace di maneggiare i soldi	**0**
PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F+G+H)		**/8**

Azienda Sociale Destra Secchia, Prot. N. 0003961 del 03-11-2026 in partenza