

**PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 7751/2022 – Misura B2**

SIG./SIG.RA \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

DISTRETTO DI **AZZATE** COMUNE \_\_\_\_\_

SCALA DI VALUTAZIONE UTILIZZATA: IADL \_\_\_\_\_ ADL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

INVALIDITA' CIVILE \_\_\_\_\_ DOMANDA IN CORSO PRESENTATA IL \_\_\_\_\_

ISEE €. \_\_\_\_\_ SCADENZA \_\_\_\_\_

TIPOLOGIA ISEE:

- ORDINARIO
- SOCIO-SANITARIO: BENEFICIARIO, CONIUGE, FIGLI MINORI, MAGGIORENNI SE A CARICO
- SOCIO-SANITARIO: SOLO BENEFICIARIO SE MAGGIORENNE (NONCONIUGATO, SENZA FIGLI, CHE VIVE CON ALTRI)
- SOCIO-SANITARIO: GENITORI DEL BENEFICIARIO, SE MINORENNE(ANCHE SE NON CONIUGATI E/O NON CONVIVENTI)

**Valutazione multidimensionale**

**Profilo funzionale sanitario:**

---

---

---

**Valutazione sociale (condizione familiare, abitativa e ambientale): OBBLIGATORIO COMPILARE OGNI PARTE**

**Care-giver Familiare**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

Domiciliato/a a: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_



**PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 7751/2022 – Misura B2**

**Care-giver non familiare**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

Domiciliato/a a: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

In caso di care-giver non familiare barrare se trattasi di:

- Assistente personale h.24  Assistente personale tempo pieno (minimo 7/h al giorno)
- Assistente personale tempo parziale (meno di 7/h al giorno)
- Assistente personale qualificato h.24  Assistente personale qualificato tempo pieno (minimo 7/h al giorno)
- Assistente personale qualificato tempo parziale (meno di 7/h al giorno)
- Altro  Nessuno

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p><b>Stato civile:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> celibe/nubile</li> <li><input type="checkbox"/> coniugato/a</li> <li><input type="checkbox"/> separato/a</li> <li><input type="checkbox"/> divorziato/a</li> <li><input type="checkbox"/> vedovo/a</li> <li><input type="checkbox"/> non dichiarato</li> </ul> <p><b>Titolo di studio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nessuno</li> <li><input type="checkbox"/> Licenza Elementare</li> <li><input type="checkbox"/> Licenza scuola Media Inferiore</li> <li><input type="checkbox"/> Diploma di Media Superiore</li> <li><input type="checkbox"/> Diploma Universitario</li> <li><input type="checkbox"/> Laurea</li> <li><input type="checkbox"/> Altro _____</li> </ul> | <p><b>Pensione:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> nessuna</li> <li><input type="checkbox"/> anzianità/vecchiaia</li> <li><input type="checkbox"/> sociale</li> <li><input type="checkbox"/> tipologia speciale</li> <li><input type="checkbox"/> reversibilità</li> <li><input type="checkbox"/> due o più tipologie</li> <li><input type="checkbox"/> altro</li> </ul> | <p><b>Posizione nella professione:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Imprenditore</li> <li><input type="checkbox"/> Dirigente</li> <li><input type="checkbox"/> Impiegato, insegnante</li> <li><input type="checkbox"/> Artigiano, coltivatore diretto, commerciante</li> <li><input type="checkbox"/> Operaio, salariato agricolo</li> <li><input type="checkbox"/> Lavorante a domicilio</li> <li><input type="checkbox"/> Coadiuvante azienda conduzione familiare</li> <li><input type="checkbox"/> Casalinga (che ha svolto lavoro retribuito)</li> <li><input type="checkbox"/> Casalinga (che non ha svolto lavoro retribuito)</li> <li><input type="checkbox"/> Pensionato (che ha lavorato)</li> <li><input type="checkbox"/> Invalido, inabile (che ha svolto lavoro retribuito)</li> <li><input type="checkbox"/> Invalido, inabile (anche se pensionato)</li> <li><input type="checkbox"/> Invalido, inabile (che non ha mai svolto lavoro retribuito)</li> <li><input type="checkbox"/> Disoccupato (attualmente)</li> <li><input type="checkbox"/> Scolaro, studente, bambino</li> <li><input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione</li> <li><input type="checkbox"/> Altro</li> </ul> |
|---|---|--|

**SITUAZIONE AMBIENTALE E ABITATIVA:**

**PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 7751/2022 – Misura B2**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p><b>Tipologia alloggio:</b></p> <input type="checkbox"/> casa di proprietà<br><input type="checkbox"/> domicilio presso familiari<br><input type="checkbox"/> Casa autonoma<br><input type="checkbox"/> appartamento<br><input type="checkbox"/> abitazione semidipend.<br><input type="checkbox"/> usufrutto/comodato<br><input type="checkbox"/> affitto da pubblico<br><input type="checkbox"/> affitto da privato<br><input type="checkbox"/> in atto di sfratto | <p><b>Fruibilità ambiente di vita:</b></p> <input type="checkbox"/> abitazione su unico livello<br><input type="checkbox"/> abitazione su più livelli<br><input type="checkbox"/> presenza di scale<br><input type="checkbox"/> presenza di gradini all'interno della abitazione<br><input type="checkbox"/> presenza di ascensore<br><input type="checkbox"/> presenza di ascensore con ampiezza porta insufficiente<br><input type="checkbox"/> ampiezza porte(abitazione) strette<br><input type="checkbox"/> ampiezza porte abitazione adeguate<br><input type="checkbox"/> camera assistito presente<br><input type="checkbox"/> camera assistito non presente<br><input type="checkbox"/> spazi adeguati per alloggio assistente familiare<br><input type="checkbox"/> sollevatore<br><input type="checkbox"/> monta scale<br><input type="checkbox"/> Altro _____ | <p><b>Fruibilità servizi igienici:</b></p> <input type="checkbox"/> ampiezza sufficiente<br><input type="checkbox"/> ampiezza insufficiente<br><input type="checkbox"/> vasca/doccia agibili<br><input type="checkbox"/> vasca doccia non agibili<br><input type="checkbox"/> presenza di maniglioni/adattatori<br><input type="checkbox"/> adattato con presidi<br><input type="checkbox"/> Altro _____ |
| <p><b>Micro clima adeguato:</b></p> <input type="checkbox"/> buono<br><input type="checkbox"/> discreto<br><input type="checkbox"/> scarso<br><input type="checkbox"/> pessimo   | <p><b>Condizioni igieniche adeguate:</b></p> <input type="checkbox"/> buone<br><input type="checkbox"/> discrete<br><input type="checkbox"/> scarse<br><input type="checkbox"/> pessime  | <p><b>Zona:</b></p> <input type="checkbox"/> urbana<br><input type="checkbox"/> sub - urbana<br><input type="checkbox"/> rurale  |

**SITUAZIONE ASSISTENZIALE:**

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p><b>Presenza di care giver:</b></p> <input type="checkbox"/> familiare<br><input type="checkbox"/> non familiare   | <p><b>Presenza di altre figure assistenziali:</b></p> <input type="checkbox"/> infermiere<br><input type="checkbox"/> fisioterapista<br><input type="checkbox"/> educatore<br><input type="checkbox"/> badante<br><input type="checkbox"/> asa/oss<br><input type="checkbox"/> volontario<br><input type="checkbox"/> altri familiari non care-giver  | <p><b>Modalità si trasporto esterno:</b></p> <input type="checkbox"/> mezzo di proprietà<br><input type="checkbox"/> servizio a proprie spese<br><input type="checkbox"/> servizio comunale<br><input type="checkbox"/> associazione di volontariato<br><input type="checkbox"/> ambulanza<br><input type="checkbox"/> Altro _____ |
| <p><b>Interventi di aiuto domestico:</b></p> <input type="checkbox"/> finalizzati all'igiene della persona<br><input type="checkbox"/> legati al comfort dell'ambiente<br><input type="checkbox"/> preparazione pasti<br><input type="checkbox"/> lavaggio indumenti<br><input type="checkbox"/> Altro _____ | <p><b>Interventi di assistenza alla persona:</b></p> <input type="checkbox"/> aiuto espletamento funzioni fisiologhe<br><input type="checkbox"/> soddisfacimento bisogni primari<br><input type="checkbox"/> promozione e mantenimento bisogno psico fisico<br><input type="checkbox"/> aiuto nelle funzioni di deambulazione<br><input type="checkbox"/> utilizzo corretto dei presidi<br><input type="checkbox"/> mantenimento delle residue capacità Psicofisiche<br><input type="checkbox"/> aiuto alla vita di relazione<br><input type="checkbox"/> Altro _____ | <p><b>Condizioni igieniche personali:</b></p> <input type="checkbox"/> buone<br><input type="checkbox"/> discrete<br><input type="checkbox"/> scarse<br><input type="checkbox"/> pessime   |

**Livello di copertura assistenziale nella cura alla persona, nell'arco delle 24h: OBBLIGATORIO COMPILARE**

**PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 7751/2022 – Misura B2**

| Assistenza fornita da:          | retribuito da:  | alzata | mattina | pranzo | pomeriggio | cena | rimessa a letto | notte |
|---------------------------------|---|--------|---------|--------|------------|------|-----------------|-------|
| <b>Familiare Care-giver</b>     |   |        |         |        |            |      |                 |       |
| <b>Familiare non care-giver</b> |   |        |         |        |            |      |                 |       |
| <b>Badante</b>                  | <input type="checkbox"/> Privato<br><input type="checkbox"/> Comune<br><input type="checkbox"/> Asl |        |         |        |            |      |                 |       |
| <b>Infermiere</b>               | <input type="checkbox"/> Privato<br><input type="checkbox"/> Comune<br><input type="checkbox"/> Asl |        |         |        |            |      |                 |       |
| <b>Fisioterapista</b>           | <input type="checkbox"/> Privato<br><input type="checkbox"/> Comune<br><input type="checkbox"/> Asl |        |         |        |            |      |                 |       |
| <b>Asa/oss Educatore</b>        | <input type="checkbox"/> privato<br><input type="checkbox"/> Comune<br><input type="checkbox"/> Asl |        |         |        |            |      |                 |       |
| <b>Volontario</b>               |   |        |         |        |            |      |                 |       |

**SITUAZIONE FAMILIARE E RELAZIONALE:**

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Stato convivenza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> solo/a</li> <li><input type="checkbox"/> con badante</li> <li><input type="checkbox"/> coniuge</li> <li><input type="checkbox"/> figli</li> <li><input type="checkbox"/> fratello/sorella</li> <li><input type="checkbox"/> coniuge e figli maggiorenni</li> <li><input type="checkbox"/> coniuge e figli minorenni</li> <li><input type="checkbox"/> coniuge e figli minori e maggiorenni</li> <li><input type="checkbox"/> genitori</li> <li><input type="checkbox"/> genitori + fratelli/sorelle</li> <li><input type="checkbox"/> padre</li> <li><input type="checkbox"/> padre + fratelli/sorelle</li> <li><input type="checkbox"/> madre</li> <li><input type="checkbox"/> madre e fratelli/sorelle</li> <li><input type="checkbox"/> parenti</li> <li><input type="checkbox"/> famiglia con più persone</li> <li><input type="checkbox"/> Altro _____</li> </ul> <p>(specificare il numero, escluso il paziente)dei componenti il nucleo familiare. Inserire <b>0</b> in caso di mancanza di altri componenti n. _____</p> | <p><b>Composizione care-giver familiare:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> coniuge/convivente</li> <li><input type="checkbox"/> genitori</li> <li><input type="checkbox"/> madre</li> <li><input type="checkbox"/> padre</li> <li><input type="checkbox"/> figli</li> <li><input type="checkbox"/> sorelle/fratelli</li> <li><input type="checkbox"/> nipoti</li> <li><input type="checkbox"/> zii</li> <li><input type="checkbox"/> cugini</li> <li><input type="checkbox"/> nuora/genero</li> <li><input type="checkbox"/> Altro _____</li> </ul> |
| <p><b>Presenza rete secondaria:</b></p>   | <p><b>Vita relazionale:</b></p>   |

**PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 7751/2022 – Misura B2**

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> amicale<br><input type="checkbox"/> di vicinato<br><input type="checkbox"/> relazionale<br><br>Note<br><hr/> <hr/> | <input type="checkbox"/> intensa vita di relazione esterna<br><input type="checkbox"/> limitata vita di relazione esterna<br><input type="checkbox"/> vita di relazione significativa a domicilio<br><input type="checkbox"/> vita di relazione con familiari significativa<br><input type="checkbox"/> criticità nella vita relazionale<br><input type="checkbox"/> frequentazione di centri o servizi esterni (indicare nelle note la tipologia del servizio)<br>Note<br><hr/> <hr/> |
|---|--|

**INTERVENTI SOCIO ECONOMICI IN ATTO:**

|   |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| <b>Assistenza Domiciliare (comunale)</b><br><input type="checkbox"/> sì<br><input type="checkbox"/> no  | <b>Servizio trasporto:</b><br><input type="checkbox"/> sì<br><input type="checkbox"/> no  | <b>Esenzione per patologia:</b><br><input type="checkbox"/> sì<br><input type="checkbox"/> no    |   |   |
| <b>ADI:</b><br><input type="checkbox"/> sì<br><input type="checkbox"/> no<br>tipologia prestazione erogata<br><hr/>   | <b>Contributo Comunale:</b><br><input type="checkbox"/> sì<br><input type="checkbox"/> no   | <b>Pasti a domicilio:</b><br><input type="checkbox"/> sì<br><input type="checkbox"/> no<br><hr/> |   |   |
| <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>Protesi, presidi e ausili:</b><br/> <input type="checkbox"/> carrozzina<br/> <input type="checkbox"/> deambulatore<br/> <input type="checkbox"/> bastone/tripode<br/> <input type="checkbox"/> sollevatore<br/> <input type="checkbox"/> letto articolato<br/> <input type="checkbox"/> materasso antidecubito<br/> <input type="checkbox"/> ventilatore terapia/respiratore (invasiva)<br/> <input type="checkbox"/> aspiratore           </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> stimolatore per la tosse(PEGASO)<br/> <input type="checkbox"/> ventilatore terapia a pressione positiva (CPAP)<br/> <input type="checkbox"/> pannoloni<br/> <input type="checkbox"/> catetere<br/> <input type="checkbox"/> canule<br/> <input type="checkbox"/> sondini per l'ossigeno<br/> <input type="checkbox"/> sondini per aspiratore<br/> <input type="checkbox"/> alimentazione enterale(sacche)<br/> <input type="checkbox"/> collare<br/> <input type="checkbox"/> molla codeville<br/> <input type="checkbox"/> comunicatore           </td> </tr> </table> |   |  | <b>Protesi, presidi e ausili:</b><br><input type="checkbox"/> carrozzina<br><input type="checkbox"/> deambulatore<br><input type="checkbox"/> bastone/tripode<br><input type="checkbox"/> sollevatore<br><input type="checkbox"/> letto articolato<br><input type="checkbox"/> materasso antidecubito<br><input type="checkbox"/> ventilatore terapia/respiratore (invasiva)<br><input type="checkbox"/> aspiratore | <input type="checkbox"/> stimolatore per la tosse(PEGASO)<br><input type="checkbox"/> ventilatore terapia a pressione positiva (CPAP)<br><input type="checkbox"/> pannoloni<br><input type="checkbox"/> catetere<br><input type="checkbox"/> canule<br><input type="checkbox"/> sondini per l'ossigeno<br><input type="checkbox"/> sondini per aspiratore<br><input type="checkbox"/> alimentazione enterale(sacche)<br><input type="checkbox"/> collare<br><input type="checkbox"/> molla codeville<br><input type="checkbox"/> comunicatore |
| <b>Protesi, presidi e ausili:</b><br><input type="checkbox"/> carrozzina<br><input type="checkbox"/> deambulatore<br><input type="checkbox"/> bastone/tripode<br><input type="checkbox"/> sollevatore<br><input type="checkbox"/> letto articolato<br><input type="checkbox"/> materasso antidecubito<br><input type="checkbox"/> ventilatore terapia/respiratore (invasiva)<br><input type="checkbox"/> aspiratore   | <input type="checkbox"/> stimolatore per la tosse(PEGASO)<br><input type="checkbox"/> ventilatore terapia a pressione positiva (CPAP)<br><input type="checkbox"/> pannoloni<br><input type="checkbox"/> catetere<br><input type="checkbox"/> canule<br><input type="checkbox"/> sondini per l'ossigeno<br><input type="checkbox"/> sondini per aspiratore<br><input type="checkbox"/> alimentazione enterale(sacche)<br><input type="checkbox"/> collare<br><input type="checkbox"/> molla codeville<br><input type="checkbox"/> comunicatore |  |   |   |

**Tipologia valutazione:**

- prima valutazione (nuovo accesso)
- rivalutazione di persona già beneficiaria della misura B2 anno 2022
- rivalutazione per variazione delle condizioni di salute

**PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 7751/2022 – Misura B2**

**SCHEDA PROGETTO – BUONI – CONTRIBUTI - VOUCHER**  
Dgr 7751/2022 – Misura B2

| Intervento  | Risorse                  |
|---|--------------------------|
| Cognome e nome _____<br>_____   | Residente a _____        |
| <b>Buono sociale per cure giver familiare (Buono fino a € 100 x 12 mesi = € 1.200,00)</b>                                       | <input type="checkbox"/> |
| <b>Buono sociale per cure giver con assistente personale con regolare contratto (Buono fino a € 100 x 12 mesi = € 1.200,00)</b> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Buono sociale per progetti di vita indipendente (buono da euro 1.200,00)</b>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>VOUCHER SOCIALE per sostenere vita di relazione di minori con disabilità (buono da euro 500,00)</b>                          | <input type="checkbox"/> |
| <b>VOUCHER SOCIALE per adulti e anziani con disabilità (buono da euro 500,00)</b>   | <input type="checkbox"/> |

**Firma degli operatori che hanno assemblato il PAI**

\_\_\_\_\_  
**ADI**

\_\_\_\_\_  
**Assistente Sociale**



*Aderiscono i Comuni di*  
Azzate, Brunello, Buguggiate, Carnago, Caronno Varesino,  
Casale Litta, Castronno, Crosio della Valle, Daverio,  
Gazzada Schianno, Morazzone, Mornago, Sumirago.



## **PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 7751/2022 – Misura B2**

### **Per accettazione del Progetto Individuale di Assistenza (PAI)**

#### **Dichiara inoltre**

di essere informato in merito ai principi normativi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e a conoscenza dei diritti in materia di GDPR e di acconsentire al trattamento dei dati riportati nel presente modulo in conformità alla normativa RE 2016/679 GDPR e che per l'ottenimento dei benefici di cui alle Dgr 2862/2020 e Dgr 3055/2020 – Misura B2 i dati saranno trattati dal Comune di residenza, dal Servizio ADI dell'ASST Settelaghi, dal Comune di Azzate, Ufficio di Piano e da quest'ultimo comunicati ad ATS attraverso il sistema informatizzato Adiweb.

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ acconsente al trattamento dei dati personali che lo/la riguardano, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere.

Luogo \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

In fede

(Firma del richiedente )

\_\_\_\_\_

**Piano di Zona**  
L. 328/00

**Ambito Territoriale di Azzate**

*Aderiscono i Comuni di*  
Azzate, Brunello, Buguggiate, Camago, Caronno Varesino,  
Casale Litta, Castronno, Crosio della Valle, Daverio,  
Gazzada Schianno, Morazzone, Mornago, Sumirago.

Sistema Socio Sanitario



**Regione Lombardia**

**ATS Insubria**

Sistema Socio Sanitario



**Regione Lombardia**

**ASST Sette Laghi**

**PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 7751/2022 – Misura B2**

Il beneficiario dell'intervento dichiara di scegliere, ai fini dell'accreditamento del buono sociale, una delle seguenti modalità di pagamento:

- Direttamente su conto corrente:            bancario     postale

**Intestato al beneficiario del contributo a SE STESSO E A**

.....

Banca.....Agenzia.....

Comune.....Coord. . ABI..... CAB.....

IBAN .....

**(copia in allegato DELLA BANCA)**

- Mandato diretto al favore del sottoscritto con quietanza a favore di:

.....

Codice fiscale .....nato/a a .....

.....(        ) il .....

residente a .....in Via.....

Data \_\_\_\_\_

In fede (Firma del richiedente)

\_\_\_\_\_