

ANNO 2026 - PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 6320/2026 – Misura SOSTEGNO E SERVIZI

SIG./SIG.RA _____ DATA DI NASCITA ____/____/____

DISTRETTO DI **AZZATE** COMUNE RESIDENZA _____

SCALA DI VALUTAZIONE UTILIZZATA: IADL _____ ADL _____

CODICE FISCALE _____

INVALIDITA' CIVILE _____ DOMANDA IN CORSO PRESENTATA IL _____

ISEE €. _____ SCADENZA _____

TIPOLOGIA ISEE:

- ☐ **ORDINARIO SOLO PER MINORENNI**
- ☐ 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 _____

ANNO 2026 – PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 6320/2026 – Misura SOSTEGNO E SERVIZI

Assistente familiare

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: riferimenti _____
- ☐ Nessuno

Stato civile: ☐ celibe/nubile ☐ coniugato/a ☐ separato/a ☐ divorziato/a ☐ vedovo/a ☐ non dichiarato Titolo di studio: ☐ Nessuno ☐ Licenza Elementare ☐ Licenza scuola Media Inferiore ☐ Diploma di Media Superiore ☐ Diploma Universitario ☐ Laurea ☐ Altro _____	Pensione: ☐ nessuna ☐ anzianità/vecchiaia ☐ sociale ☐ tipologia speciale ☐ reversibilità ☐ due o più tipologie ☐ altro	Posizione nella professione: ☐ Imprenditore ☐ Dirigente ☐ Impiegato, insegnante ☐ Artigiano, coltivatore diretto, commerciante ☐ Operaio, salariato agricolo ☐ Lavorante a domicilio ☐ Coadiuvante azienda conduzione familiare ☐ Casalinga (che ha svolto lavoro retribuito) ☐ Casalinga (che non ha svolto lavoro retribuito) ☐ Pensionato (che ha lavorato) ☐ Invalido, inabile (che ha svolto lavoro retribuito) ☐ Invalido, inabile (anche se pensionato) ☐ Invalido, inabile (che non ha mai svolto lavoro retribuito) ☐ Disoccupato (attualmente) ☐ Scolaro, studente, bambino ☐ In cerca di prima occupazione ☐ Altro
--	--	---

ANNO 2026 - PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 6320/2026 – Misura SOSTEGNO E SERVIZI

SITUAZIONE AMBIENTALE E ABITATIVA:

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

SITUAZIONE ASSISTENZIALE:

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

ANNO 2026 – PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 6320/2026 – Misura SOSTEGNO E SERVIZI

--	--	--

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

Assistenza fornita da:	retribuito da:	alzata	mattina	pranzo	pomeriggio	cena	rimessa a letto	notte
Familiare Care-giver								
Familiare non care-giver								
Badante	☐ Privato ☐ Comune ☐ Asl							
Infermiere	☐ Privato ☐ Comune ☐ Asl							
Fisioterapista	☐ Privato ☐ Comune ☐ Asl							
Asa/oss Educatore	☐ privato ☐ Comune ☐ Asl							
Volontario								

SITUAZIONE FAMILIARE E RELAZIONALE:

Stato convivenza: ☐ solo/a ☐ con badante ☐ coniuge ☐ figli ☐ fratello/sorella ☐ coniuge e figli maggiorenni ☐ coniuge e figli minorenni ☐ coniuge e figli minori e maggiorenni ☐ genitori ☐ genitori + fratelli/sorelle ☐ padre ☐ padre + fratelli/sorelle ☐ madre ☐ madre e fratelli/sorelle ☐ parenti ☐ famiglia con più persone ☐ Altro _____ (specificare il numero, escluso il paziente) dei componenti il nucleo familiare. Inserire 0 in caso di mancanza di altri componenti n. _____	Composizione care-giver familiare: ☐ coniuge/convivente ☐ genitori ☐ madre ☐ padre ☐ figli ☐ sorelle/fratelli ☐ nipoti ☐ zii ☐ cugini ☐ nuora/genero ☐ Altro _____
---	--

ANNO 2026 - PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 6320/2026 – Misura SOSTEGNO E SERVIZI

Presenza rete secondaria: ☐ amicale ☐ di vicinato ☐ relazionale Note 	Vita relazionale: ☐ intensa vita di relazione esterna ☐ limitata vita di relazione esterna ☐ vita di relazione significativa a domicilio ☐ vita di relazione con familiari significativa ☐ criticità nella vita relazionale ☐ frequentazione di centri o servizi esterni (indicare nelle note la tipologia del servizio) Note
---	--

INTERVENTI SOCIO ECONOMICI IN ATTO:

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

Tipologia valutazione:
☐ prima valutazione (nuovo accesso) ☐ rivalutazione di persona già beneficiaria della EX misura B2 anno 2025 ☐ rivalutazione per variazione delle condizioni di salute

ANNO 2026 – PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 6320/2026 – Misura SOSTEGNO E SERVIZI

Richiesta ATTIVAZIONE MISURE SOSTEGNO E/O SERVIZI

Intervento	Risorse
MISURA SOSTEGNO per care giver familiare (Buono EURO 100,00 MENSILI)	☐
MISURA SOSTEGNO PER assistente personale con regolare contratto (Buono fino a €. 100,00 MENSILI o €. 50,00 MENSILI)	☐
MISURA SERVIZI per servizi socio assistenziali Le prestazioni saranno declinate in base al Progetto Personalizzato dell'utente (voucher fino ad euro 2.500,00)	☐

Firma degli operatori che hanno assemblato il PAI

ADI

Assistente Sociale

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 alla DGR in corso – 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 ques'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 _____ data _____

(Firma del richiedente)
