



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato B Linee di indirizzo Ritornare a casa - 2018

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

## PROGRAMMA REGIONALE "RITORNARE A CASA"

COMUNE DI \_\_\_\_\_

ASSL di \_\_\_\_\_

Distretto di \_\_\_\_\_

Verbale U.V.T. n° .....del.....

Il Comune di \_\_\_\_\_, l'Area socio sanitaria \_\_\_\_\_ e la famiglia del sig.re/ra \_\_\_\_\_ promuovono il presente progetto personalizzato.

### Progetto Personalizzato

#### Destinatario del progetto

Cognome e nome	_____
luogo di nascita	_____
data di nascita	_____
residenza	_____
indirizzo	_____
stato civile	_____
titolo di studio	_____
codice fiscale	_____

#### 1° LIVELLO ASSISTENZIALE

Criterio d'accesso:

- 1) dimesso da strutture residenziali a carattere sociale e/o socio sanitario dopo un periodo di ricovero non inferiore a 12 mesi;
- 2) soggetti che, a seguito di una malattia neoplastica, si trovano nella fase terminale della loro vita;
- 3) con grave stato di demenza valutato sulla base della scala CDR con punteggio 5;
- 4) con patologie non reversibili (degenerativa e non degenerative con altissimo grado di disabilità);
- 5) con patologie ad andamento cronico degenerativo con pluripatologia (valutate sulla base della scala di valutazione CIRS a 14 item) con indice di severità uguale o maggiore di 3 di cui la patologia principale con punteggio pari a 5.

**A) richiesta 1° annualità**

**B) richiesta rinnovo**

- 2° annualità
- 3° annualità
- 4° annualità
- 5° annualità



**REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato B Linee di indirizzo Ritornare a casa - 2018

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

- 5° annualità
- 6° annualità
- 7° annualità
- 8° annualità
- 9° annualità
- 10° annualità

Indicare data di scadenza del progetto \_\_\_\_\_

## **2° LIVELLO ASSISTENZIALE**

Criterio d'accesso:

Persone inserite in cure domiciliari di terzo livello e con almeno due funzioni vitali compromesse tra quelle sottoelencate:

- a)  grave compromissione delle funzioni respiratorie
- b)  grave compromissione delle funzioni nutrizionali
- c)  grave compromissione dello stato di coscienza
- d)  perdita completa della funzione motoria

**C) richiesta contributo potenziamento assistenza**

## **3° LIVELLO ASSISTENZIALE**

Criterio d'accesso:

Persone inserite in cure domiciliari di terzo livello che necessitano a domicilio di assistenza continuativa nelle 24 h e con almeno tre funzioni vitali compromesse, di cui una relativa alla funzione respiratoria, tra quelle sottoelencate:

- a)  grave compromissione delle funzioni respiratorie
- b)  grave compromissione delle funzioni nutrizionali
- c)  grave compromissione dello stato di coscienza
- d)  perdita completa della funzione motoria

**E) richiesta contributo potenziamento assistenza**



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato B Linee di indirizzo Ritornare a casa - 2018

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

## Profilo Socio Sanitario

### Il destinatario beneficia di:

1. invalidità civile:  si  no
2. indennità di accompagnamento:  si  no
3. riconoscimento handicap grave nei termini dell'art. 3, comma 3 L. 104/1992:  si  no
4. finanziamento Legge 162/98  si  no
5. assistenza domiciliare comunale  si  no
6. home care  si  no
7. progetto "Ritornare a casa"  si  no
8.  contributo caregiver  si  no
9. altro (indicare).....

### SITUAZIONE SANITARIA

Breve descrizione (indicare diagnosi e quadro clinico rilevato)

### Interventi sanitari in atto

Tipologia di Servizio erogato	Tipo Prestazione	Modalità e ore settimanali	N° ore annuali
<b>Totale</b>			

Legenda :  
tipologia servizio ( es: cure domiciliari etc)  
tipo prestazione (es:infermieristica etc)



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA**  
**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato B Linee di indirizzo Ritornare a casa - 2018

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

<b>SITUAZIONE SOCIALE</b>					
<i>Breve descrizione</i>					
<b>Interventi sociali in atto</b>					
Tipologia servizio già in atto	Tipo Prestazione	Modalità e ore settimanali	N° ore annuali	Costo orario	Costo totale
Legenda tipologia servizio:(es assistenza domiciliare) tipo prestazione ( es badante, oss etc)					
<b>Composizione del nucleo familiare</b>					
Nome	Cognome	Età	Relazione di parentela	Ore giornaliere di cura dedicate alla persona con disabilità	



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato B Linee di indirizzo Ritornare a casa - 2018

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

## Pianificazione degli interventi di 1° livello – Contributo ordinario

### Interventi assistenziali e preventivo piano di spesa

Tipologia servizio	Tipo Prestazione	Modalità e ore settimanali	N° ore annuali	Costo orario	Costo totale progetto

Legenda

tipologia servizio:(es assistenza domiciliare)

tipo prestazione ( es badante, oss etc)

**Costo del progetto: € \_\_\_\_\_**

**Attestazione ISEE € \_\_\_\_\_**

**\*Richiesta contributo : € \_\_\_\_\_**

Contributo a carico della RAS pari a € \_\_\_\_\_ (massimo €16.000,00)

Contributo regionale al netto della decurtazione in ragione dell'ISEE : € \_\_\_\_\_

Contributo a carico del Comune pari a € \_\_\_\_\_ (massimo €4.000,00)

Contributo comunale al netto della decurtazione in ragione dell'ISEE : € \_\_\_\_\_

**Contributo totale al netto della decurtazione in ragione dell'ISEE : € \_\_\_\_\_**

\*Richiesta contributo: Indicare il contributo richiesto senza decurtazione

**Gestione del Progetto**      **diretta**          **indiretta**



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA**  
**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato B Linee di indirizzo Ritornare a casa - 2018

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

**Caregiver** (da compilare solo nel caso in cui si chieda un terzo del contributo)

Indicare nome e cognome caregiver \_\_\_\_\_

Indicare se trattasi di familiare o altro \_\_\_\_\_ -

Specificare se il caregiver è convivente  sì  no †

**Gestione carico assistenziale : n. ore assistenza** \_\_\_\_\_



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato B Linee di indirizzo Ritornare a casa - 2018

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

## Pianificazione degli interventi di 2° livello

### **Potenziamento assistenza:** interventi assistenziali e preventivo piano di spesa

Tipologia Servizio	Tipo Prestazione	Modalità e ore settimanali	N° ore annuali	Costo orario	Costo totale

**COSTO PROGETTO €** \_\_\_\_\_

Legenda

tipologia servizio:(es assistenza domiciliare)

tipo prestazione ( es badante, assistente familiare, oss, caregiver etc)

\* **contributo richiesto potenziamento assistenza con due funzioni compromesse: €** \_\_\_\_\_

Attestazione ISEE: € \_\_\_\_\_

contributo richiesto al netto della decurtazione in ragione dell'ISEE : € \_\_\_\_\_

Legenda

\*Richiesta contributo: Indicare il contributo richiesto senza decurtazione



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato B Linee di indirizzo Ritornare a casa - 2018

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

## Pianificazione degli interventi di 3° livello

### **Potenziamento assistenza:** interventi assistenziali e preventivo piano di spesa

Tipologia Servizio	Tipo Prestazione	Modalità e ore settimanali	N° ore annuali	Costo orario	Costo totale

COSTO PROGETTO € \_\_\_\_\_

\* **contributo richiesto potenziamento assistenza con tre funzioni compromesse:**

€ \_\_\_\_\_

Attestazione ISEE: € \_\_\_\_\_

Contributo richiesto al netto della decurtazione in ragione dell'ISEE : € \_\_\_\_\_

Legenda

\*Richiesta contributo: Indicare il contributo richiesto senza decurtazione





**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato B Linee di indirizzo Ritornare a casa - 2018

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

<b>RIEPILOGO CONTRIBUTI</b> <b>(al netto della decurtazione in ragione dell'ISEE)</b>	
<input type="checkbox"/> contributo richiesto 1 livello: ordinario - quota regionale	€ _____
ordinario quota comunale	€ _____
<input type="checkbox"/> contributo richiesto 2° livello potenziamento assistenza /due funzioni vitali compromesse:	€ _____
<input type="checkbox"/> contributo richiesto 3° livello potenziamento assistenza /tre funzioni vitali compromesse:	€ _____
<b>TOTALE</b>	<b>€ _____</b>

Il responsabile Area Sociale del Comune \_\_\_\_\_

Il dirigente UVT all'uopo destinato \_\_\_\_\_

Il destinatario del progetto o delegato, tutore o amministratore di sostegno \_\_\_\_\_

Documentazione allegata:  
Verbale UVT  
Scala di valutazione richiesta  
Attestazione ISEE