



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato A Linee di indirizzo Ritornare a casa e Interventi disabilità gravissime

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

Allegato alla Delib.G.R. n. 70/13 del 29.12.2016

PROGRAMMA REGIONALE "RITORNARE A CASA" e INTERVENTI A FAVORE DISABILITA' GRAVISSIME	
COMUNE DI _____	
ASL N. _____	
Distretto di _____	
Verbale U.V.T. n°del.....	
Il Comune di _____, l'Azienda Sanitaria Locale n° _____ 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:	
<input type="checkbox"/> 1) dimesso da strutture residenziali a carattere sociale e/o socio sanitario dopo un periodo di ricovero non inferiore a 12 mesi;	
<input type="checkbox"/> 2) soggetti che, a seguito di una malattia neoplastica, si trovano nella fase terminale della loro vita;	
<input type="checkbox"/> 3) con grave stato di demenza valutato sulla base della scala CDR con punteggio 5;	
<input type="checkbox"/> 4) con patologie non reversibili (degenerativa e non degenerative con altissimo grado di disabilità);	
<input type="checkbox"/> 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.	



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato A Linee di indirizzo Ritornare a casa e Interventi disabilità gravissime

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

<input type="checkbox"/> A) richiesta 1° annualità
<input type="checkbox"/> B) richiesta rinnovo
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 2° annualità<input type="checkbox"/> 3° annualità<input type="checkbox"/> 4° annualità<input type="checkbox"/> 5° annualità<input type="checkbox"/> 5° annualità<input type="checkbox"/> 6° annualità<input type="checkbox"/> 7° annualità<input type="checkbox"/> 8° annualità<input type="checkbox"/> 9° annualità <p>Indicare data di scadenza del progetto _____</p>
2° LIVELLO ASSISTENZIALE
<p>Criterio d'accesso: Persone inserite in cure domiciliari di terzo livello e con almeno due funzioni vitali compromesse tra quelle sottoelencate:</p> <ul style="list-style-type: none">a) <input type="checkbox"/> grave compromissione delle funzioni respiratorieb) <input type="checkbox"/> grave compromissione delle funzioni nutrizionalic) <input type="checkbox"/> grave compromissione dello stato di coscienzad) <input type="checkbox"/> perdita completa della funzione motoria
<input type="checkbox"/> C) richiesta contributo potenziamento assistenza
<input type="checkbox"/> D) richiesta contributo disabilità gravissime/caregiver persone con disabilità gravissime che si trovino nella seguente condizione "in coma in respiro spontaneo o in presenza di ventilazione assistita invasiva o non invasiva maggiore o uguale a 16h o tracheotomia in respiro spontaneo "
3° LIVELLO ASSISTENZIALE
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">a) <input type="checkbox"/> grave compromissione delle funzioni respiratorieb) <input type="checkbox"/> grave compromissione delle funzioni nutrizionalic) <input type="checkbox"/> grave compromissione dello stato di coscienzad) <input type="checkbox"/> perdita completa della funzione motoria <input type="checkbox"/> E) richiesta contributo potenziamento assistenza <input type="checkbox"/> F) richiesta contributo disabilità gravissime/caregiver



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

Allegato A Linee di indirizzo Ritornare a casa e Interventi disabilità gravissime

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
Totale			

Legenda :

tipologia servizio (es: cure domiciliari etc)

tipo prestazione (es:infermieristica etc)



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

Allegato A Linee di indirizzo Ritornare a casa e Interventi disabilità gravissime

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

SITUAZIONE SOCIALE					
<i>Breve descrizione</i>					
Interventi sociali in atto					
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)					
Composizione del nucleo familiare					
Nome	Cognome	Età	Relazione di parentela	Ore giornaliere di cura dedicate alla persona con disabilità	



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

Allegato A Linee di indirizzo Ritornare a casa e Interventi disabilità gravissime

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



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato A Linee di indirizzo Ritornare a casa e Interventi disabilità gravissime

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

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

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

Indicare nome e cognome caregiver _____

Indicare se trattasi di familiare o altro _____ -

Specificare se il caregiver è convivente Si no

carico assistenziale sostenuto: n. ore di assistenza _____

Gestione con familiare di riferimento: n. ore assistenza _____



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato A Linee di indirizzo Ritornare a casa e Interventi disabilità gravissime

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

Disabilità gravissime/caregiver: interventi assistenziali e preventivo piano di spesa

Attività di cura	Modalità e ore settimanali	N° ore annuali	Importo contributo

CARE GIVER

cognome e nome _____

Indicare se trattasi di familiare o altro _____

Specificare se il care giver è convivente si no

carico assistenziale sostenuto: n.ore di assistenza _____



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

Allegato A Linee di indirizzo Ritornare a casa e Interventi disabilità gravissime

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

Interventi assistenziali e piano di spesa per prestazioni assistenziali fornite tramite acquisizione servizi assistenziali resa da terzi

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

* contributo richiesto disabilità gravissime/caregiver con due funzioni vitali compromesse di cui una nella funzione respiratoria e nella seguente condizione *“in coma in respiro spontaneo o in presenza di ventilazione assistita invasiva o non invasiva maggiore o uguale a 16h o tracheotomia in respiro spontaneo:* € _____

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

Allegato A Linee di indirizzo Ritornare a casa e Interventi disabilità gravissime

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

Disabilità gravissime/caregiver: interventi assistenziali e preventivo piano di spesa

Attività di cura	Modalità e ore settimanali	N° ore annuali	Importo contributo

CARE GIVER

cognome e nome _____

Indicare se trattasi di familiare o altro _____

Specificare se il care giver è convivente si no

carico assistenziale sostenuto: n.ore di assistenza _____



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato A Linee di indirizzo Ritornare a casa e Interventi disabilità gravissime

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

Interventi assistenziali e piano di spesa per prestazioni assistenziali fornite tramite acquisizione servizi assistenziali resa da terzi

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

* contributo richiesto disabilità gravissime/caregiver con tre funzioni vitali compromesse di cui una nella funzione respiratoria nella seguente condizione *“in presenza di ventilazione assistita a permanenza h 24”*: € _____

Attestazione ISEE €: _____

Contributo richiesto al netto della decurtazione in ragione dell'ISEE € _____

Legenda

*Richiesta contributo: Indicare il contributo richiesto senza decurtazione

RIEPILOGO CONTRIBUTI
(al netto della decurtazione in ragione dell'ISEE)

contributo richiesto 1 livello:

quota regionale

€ _____

quota comunale

€ _____

contributo richiesto potenziamento assistenza /due funzioni vitali compromesse: € _____

contributo richiesto disabilità gravissime/caregiver /due funzioni vitali compromesse (di cui una nella funzione respiratoria) € _____

contributo richiesto potenziamento assistenza /tre funzioni vitali compromesse: € _____

contributo richiesto disabilità gravissime/caregiver / tre funzioni vitali compromesse (di cui una nella funzione respiratoria) € _____

Responsabile Area Sociale del Comune _____

Il Dirigente UVT all'uopo destinato _____

Il destinatario del progetto o familiare di riferimento _____

Documentazione allegata:

Verbale UVT

Scala di valutazione richiesta

Attestazione ISEE