



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:	
<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.	
<input type="checkbox"/> A) richiesta 1° annualità	
<input type="checkbox"/> B) richiesta rinnovo	
annualità (specificare gli anni di rinnovo) _____	



2° LIVELLO ASSISTENZIALE
Criterio d'accesso: Persone inserite in cure domiciliari di terzo livello e con almeno due funzioni vitali compromesse tra quelle sottoelencate:
<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
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:
<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"/> D) richiesta contributo potenziamento assistenza



Profilo Socio Sanitario																											
Il destinatario beneficia di:																											
1. invalidità civile: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no																											
2. indennità di accompagnamento: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no																											
3. riconoscimento handicap grave nei termini dell'art. 3, comma 3 L. 104/1992: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no																											
4. finanziamento Legge 162/98 <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no																											
5. assistenza domiciliare comunale <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no																											
6. home care <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no																											
7. progetto "Ritornare a casa" <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no																											
8. <input type="checkbox"/> contributo caregiver <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no																											
9. altro (indicare).....																											
SITUAZIONE SANITARIA																											
<i>Breve descrizione (indicare diagnosi e quadro clinico rilevato)</i>																											
Interventi sanitari in atto																											
<table border="1"><thead><tr><th>Tipologia di Servizio erogato</th><th>Qualifica operatore</th><th>Modalità e ore settimanali</th><th>N° ore annuali</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Totale</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>				Tipologia di Servizio erogato	Qualifica operatore	Modalità e ore settimanali	N° ore annuali																	Totale			
Tipologia di Servizio erogato	Qualifica operatore	Modalità e ore settimanali	N° ore annuali																								
Totale																											
Legenda : tipologia servizio (es: cure domiciliari etc)																											



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



Pianificazione degli interventi di 1° livello – Contributo ordinario

Interventi assistenziali e preventivo piano di spesa

Tipologia servizio	Qualifica operatore	Modalità e ore settimanali	N° ore annuali	Costo orario	Costo totale progetto

Legenda
tipologia servizio:(es assistenza domiciliare)

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

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

*

Gestione del Progetto diretta indiretta



REGIONE AUTÓNOMA 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 alla Delib.G.R. n. 60/25 del 11.12.2018

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

Caregiver

(articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205) –

da compilare solo nel caso in cui si preveda il coinvolgimento del caregiver familiare

Nome e cognome (caregiver) _____

Il sostegno economico al caregiver familiare può essere riconosciuto solo in presenza di circostanze eccezionali che devono essere valutate attentamente dal servizio sociale comunale e dall'UVT in fase di predisposizione del progetto e per un importo non superiore a un terzo del contributo ordinario

Motivazioni: _____

Gestione carico assistenziale : n. ore assistenza _____



Pianificazione degli interventi di 2° livello

Potenziamento assistenza: interventi assistenziali e preventivo piano di spesa

Tipologia Servizio	Qualifica operatore	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 : € _____



Pianificazione degli interventi di 3° livello

Potenziamento assistenza: interventi assistenziali e preventivo piano di spesa

Tipologia Servizio	Qualifica operatore	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 : € _____



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

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