



## 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**

annualità (specificare gli anni di rinnovo) \_\_\_\_\_



**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

Linee di indirizzo Ritornare a casa - 2020

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

## **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

**D) richiesta contributo potenziamento assistenza**



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

Linee di indirizzo Ritornare a casa - 2020

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

Profilo Socio Sanitario																											
<b>Il destinatario beneficia di:</b>																											
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.	contributo caregiver	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no																									
9.	altro (indicare).....																										
<b>SITUAZIONE SANITARIA</b>																											
<i>Breve descrizione (indicare diagnosi e quadro clinico rilevato)</i>																											
<b>Interventi sanitari in atto</b>																											
<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><b>Totale</b></td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>				Tipologia di Servizio erogato	Qualifica operatore	Modalità e ore settimanali	N° ore annuali																	<b>Totale</b>			
Tipologia di Servizio erogato	Qualifica operatore	Modalità e ore settimanali	N° ore annuali																								
<b>Totale</b>																											
Legenda : tipologia servizio ( es: cure domiciliari etc)																											



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

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

Linee di indirizzo Ritornare a casa - 2020

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

<b>SITUAZIONE SOCIALE</b>					
<i>Breve descrizione</i>					
<b>Interventi sociali in atto</b>					
Tipologia servizio già in atto	Qualifica operatore	Modalità e ore settimanali	N° ore annuali	Costo orario	Costo totale
Legenda tipologia servizio:(es assistenza domiciliare)					
<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'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Linee di indirizzo Ritornare a casa - 2020

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

## 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 AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

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

Linee di indirizzo Ritornare a casa - 2020

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** \_\_\_\_\_



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

Linee di indirizzo Ritornare a casa - 2020

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

## 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 : € \_\_\_\_\_



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

Linee di indirizzo Ritornare a casa - 2020

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

## 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 : € \_\_\_\_\_





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

Linee di indirizzo Ritornare a casa - 2020

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

<b>RIEPILOGO CONTRIBUTI</b> <b>(al netto della decurtazione in ragione dell'ISEE)</b>	
<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	€ _____
<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