

PROGRAMMA REGIONALE "RITORNARE A CASA"

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.

Tipologia:

- A) richiesta 1° annualità
- B) richiesta rinnovo:
 - 2° annualità
 - 3° annualità
 - 4° annualità
 - 5° annualità
- C) richiesta rinnovo "patologie degenerative non reversibili in ventilazione meccanica h 24 con connessione a respiratore automatico tramite tracheostomia e nei casi di coma"
- D) richiesta finanziamento aggiuntivo
- E) richiesta finanziamento straordinario

Progetto Personalizzato**1) Destinatario del progetto**

Cognome e nome _____

luogo di nascita _____

data di nascita _____

residenza _____

indirizzo _____

stato civile _____

titolo di studio _____

codice fiscale _____

2) Criterio requisito d'accesso:

- 1) dimesso da strutture residenziali a carattere sociale e/o sanitario dopo un periodo di ricovero non inferiore a 12 mesi;
- 2) con grave patologia degenerativa non reversibili in ventilazione meccanica assistita a permanenza 24 h o coma -
- 3) soggetti che, a seguito di una malattia neoplastica, si trovano nella fase terminale della loro vita;
- 4) con grave stato di demenza valutato sulla base della scala CDR con punteggio 5
- 5) con patologie ad andamento cronico degenerativo con pluripatologia (valutate sulla base della scala di valutazione CIRS, con indice di severità uguale o maggiore di 3 e con indice di comorbilità uguale o maggiore di 3).

Profilo Socio Sanitario

3) Il destinatario beneficia di:

1. invalidità civile
2. indennità di accompagnamento
3. riconoscimento handicap grave nei termini dell'art. 3, comma 3 L. 104/1992
4. progetto L.162/98
5. altro

4) Situazione sociale:

Breve descrizione

5) Composizione del nucleo familiare

Nome	Cognome	Età	Relazione di parentela	Ore giornaliere di cura dedicate alla persona con disabilità

6) Carico assistenziale e partecipazione della famiglia

Indicare il Familiare di riferimento _____ -

Convivente si no

carico assistenziale sostenuto _____ ore di assistenza

7) Situazione sanitaria:

Breve descrizione

8) Livello assistenziale

Livello assistenziale stabilito dall'UVT

9) Obiettivi del progetto e risultati attesi:

Obiettivi assistenziali

Obiettivi sanitari

Pianificazione degli interventi

10) Interventi da realizzare

Interventi sanitari

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

Interventi assistenziali e piano di spesa

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

11) Costo totale del progetto: _____

di cui 80% a carico della RAS pari a € _____

20% a carico del comune pari a € _____

12) Situazione economica, sulla base della certificazione

ISEE.....

13) Reti di solidarietà

14) Gestione del progetto

- Gestione diretta**
- Gestione indiretta**

15) Modalità - Valutazione e verifica

Il Responsabile del Servizio Sociale

Il Responsabile Sanitario del Distretto

Il destinatario del programma o familiare di riferimento

Documentazione allegata:
Verbale UVT
Scala di valutazione CDR 5
Certificato anestesista o rianimatore
Certificazione sanitaria specialistica in caso di comorbilità