



Allegato 4
Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

PROGETTO INDIVIDUALIZZATO LIVELLO ASSISTENZIALE DIMISSIONI PROTETTE

“Ritornare a casa Plus”

Interventi di sostegno alla domiciliarità per le persone con disabilità gravissime

e

Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione (PNRR intervento 1.1.3)

Ambito PLUS _____

Ente gestore ambito PLUS _____

ASSL di _____

Distretto di _____

Verbale U.V.T. n°del.....

Progetto Personalizzato

Destinatario del progetto

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

Familiare o figura di riferimento del destinatario

Cognome e nome	
Contatto telefonico	
Indirizzo email	



Allegato 4
Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

LIVELLO ASSISTENZIALE DIMISSIONI PROTETTE

- R.A.C. Plus- D.G.R. 13/64 del 06/04/2023
- PNRR Investimento 1.1.3

Ricoverato presso il presidio ospedaliero: _____

Dal _____ Data dimissione: _____

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)



Allegato 4
Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

Servizi sanitari attivati:

- cure domiciliari integrate attive da attivare

Tipologia di interventi erogati	Qualifica operatore	Frequenza accessi*	ore settimanali
Totale			

Es interventi: terapia infusione, medicazione lesioni, OSS, ecc.

* Indicare numero di accessi giornalieri/settimanali

- altro: _____

SITUAZIONE SOCIALE

Breve descrizione

Servizi sociali attivati: (es: Sad, piano personalizzato 162, interventi assistenziali a carico del beneficiario, volontariato, ecc)

Tipologia di interventi già in atto	Qualifica operatore	ore settimanali

Legenda: tipologia intervento :(es supporto nell'igiene della persona, ecc.)



Allegato 4

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

Composizione del nucleo familiare

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

**Pianificazione degli interventi
Livello assistenziale Dimissioni protette**

Contributo max RAS 1.500,00

Contributo max PNRR _____

DIMISSIONI PROTETTE D.G.R 13/64 DEL 06.04.2023

Qualifica operatore

- OSS
- OP. GENERICO

Frequenza degli interventi

- GIORNALIERA
- BISETTIMANALE
- TRISETTIMANALE
- INCLUSI I FESTIVI

Regime di erogazione

- contratto privato (esclusivamente per i beneficiari che al momento del ricovero hanno già in essere un contratto di collaborazione domestico salvo diversa esigenza e valutazione, da integrare con gli interventi assistenziali garantiti dalla misura), per mezzo di operatore in possesso dei requisiti previsti dal punto 2 dell'allegato alla D.G.R. 13/64 del 06.04.2023. In tal caso ai fini del riconoscimento delle spese sostenute, il beneficiario o un familiare di riferimento dovrà provvedere all'integrazione del contratto in essere e produrre una busta paga con



Allegato 4

Modello PROGETTO PERSONALIZZATO

la specifica delle quote destinate ai specifici interventi;

- scelta della Cooperativa tramite l'istituto dell'accREDITamento istituito dall'ambito di appartenenza del beneficiario;**

DIMISSIONI PROTETTE AVVISO 1/2022 PNRR INTERVENTO 1.1.3

Tipologia di servizio

- Assistenza domiciliare**
- Telesoccorso**
- Erogazione di pasti presso il domicilio**

Qualifica operatore per l'assistenza domiciliare

- OSS**
- OP GENERICO**

ASSISTENTE SOCIALE o altro referente del comune redigente o delegato

Nome _____

FIRMA _____

Il Direttore del Distretto o delegato

Nome _____

FIRMA _____

ASSISTENTE SOCIALE o altro referente redigente UVT

Nome _____

FIRMA _____

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

Nome _____

FIRMA _____