UMVD ASL: TO5 DISTRETTO: _____ COMUNE/ENTE GESTORE. _____

PROPOSTA DI PROGETTO INDIVIDUALE SEMIRESIDENZIALE

Cognome e Nome _____

Referente Sanitario _____

Referente Sociale _____

RIEPILOGO VALUTAZIONE INTEGRATA

Prima Valutazione Rivalutazione

PUNTEGGIO TOTALE

ASPETTI SOCIALI (MAX 14)	PUNTEGGIO: _____
ASPETTI SANITARI (MAX 14)	PUNTEGGIO: _____
TOTALE PUNTEGGIO (0-28)	PUNTEGGIO: _____

CONCLUSIONI DELLA VALUTAZIONE

Problema/i rilevato/i: _____

Obiettivo/i: _____

Eventuali osservazioni dell'interessato o del familiare o del Legale rappresentante (specificare tipologia di Legale rappresentante _____):

TIPO DI PRIORITÀ

- Persona con malattia terminale o con grave patologia progressiva
- Persona in condizione di gravità (ex Legge n. 104/92) o titolare di indennità di accompagnamento
- Persona con Progetto di de-istituzionalizzazione
- Persona a grave rischio di istituzionalizzazione
- Persona in urgente stato di necessità di assistenza a seguito di mancanza (anche temporanea) del caregiver

PROPOSTA DI PROGETTO INDIVIDUALE SEMIRESIDENZIALE

- prima proposta rinnovo ridefinizione
(temporaneo o non temporaneo)

PUNTEGGIO VALUTAZIONE SANITARIA	
--	--

Punteggio Aspetti Sanitari	5-6	7-10	11-14
Livello di Intensità assistenziale proposto (bassa/media/alta)	BASSA	MEDIA	ALTA

Note dei Referenti: _____

Tipologia di struttura proposta: _____

Denominazione struttura proposta: _____

Indirizzo: _____

Il livello d'intensità assistenziale determinato orienta nella scelta della tipologia di struttura così come normata dalle D.G.R. n. 51-11389/2003 - Allegato B e D.G.R. n. 18-6836/2018.

Il livello di intensità assistenziale non determina necessariamente il livello di complessità delle prestazioni: nell'ambito della tipologia di struttura individuata, deve essere esplicitato il livello di complessità delle prestazioni (base, medio, alto) determinandolo sulla base del profilo di funzionamento e dev'essere indicata la relativa percentuale di incremento tariffario partendo in ogni caso dal livello base.

- Livello di complessità delle prestazioni proposto (basso/medio/alto): _____;
- Percentuale di incremento proposta (per i soli livelli medio e alto rispetto al livello base):
+ _____%.

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO PROPOSTO	ATTIVITA'/AZIONI PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO	RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE/EROGAZIONE DELL'ATTIVITA'/AZIONE	INDICATORI DI MONITORAGGIO (avanzamento etc.) e relative soglie	RESPONSABILE DEL MONITORAGGIO	INDICATORI DI VALUTAZIONE e relative soglie	RESPONSABILE DELLA VALUTAZIONE

* Tra gli obiettivi specifici del progetto proposto deve essere inserita la comparazione tra l'assessment funzionale della performance, sociale e sanitaria, a inizio intervento e alle successive ridefinizioni.

In caso di rinnovo, negli indicatori di monitoraggio devono essere sempre previsti il gradimento della persona e/o della famiglia (insufficiente, sufficiente, buono, ottimo, altro specificare)

	SPESA TOTALE (€ IVA compresa)	di cui quota sanitaria (€ IVA compresa)	di cui quota utente (€ IVA compresa)	di cui quota Comune o Ente gestore (€ IVA compresa)
Retta giornaliera Semiresidenziale proposta				
Numero di giorni di frequenza settimanale proposto				
Costo totale delle eventuali prestazioni aggiuntive proposte*				
Spesa mensile proposta				
Durata proposta del progetto				

*Possono essere proposte eventuali prestazioni aggiuntive ritenute necessarie per eccezionali condizioni cliniche.

Tali prestazioni corrispondenti al costo complessivo indicato sono le seguenti:

TIPO PRESTAZIONE AGGIUNTIVA	NUMERO DI PRESTAZIONI TOTALI	FREQUENZA DELLA PRESTAZIONE (giornaliera/settimanale/mensile)	NUMERO PRESTAZIONI (sulla base della frequenza indicata: al giorno/a settimana/al mese)	COSTO DELLA PRESTAZIONE (sulla base della frequenza indicata: al giorno/a settimana/al mese)
COSTO TOTALE DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PROPOSTE				

Firma Referente Sociale: _____

Firma Referente Sanitario: _____

Firma dell'interessato o del suo Legale Rappresentante _____
(specificare tipologia di Legale rappresentante _____):

Luogo e data _____