

PROPOSTA DI PROGETTO INDIVIDUALE DOMICILIARE

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 DOMICILIARE

- prima proposta rinnovo ridefinizione
(temporaneo o non temporaneo)

PUNTEGGIO CONDIZIONE ABITATIVA	
PUNTEGGIO CONDIZIONE FAMILIARE	
PUNTEGGIO CONDIZIONE ASSISTENZIALE	
PUNTEGGIO CONDIZIONE SANITARIA	
PUNTEGGIO TOTALE	

PUNTEGGIO	4-9	10-15	Maggiore di 15
Intensità assistenziale proposta (bassa/media/alta)	BASSA	MEDIA	ALTA

Note dei Referenti: _____

Case manager proposto _____

Recapito telefonico _____

E-mail _____

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO PROPOSTO *	ATTIVITÀ/AZIONI PER LA REALIZZAZIONE DELL'OBIETTIVO	RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE/EROGAZIONE DELL'ATTIVITÀ/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)

ELENCO PRESTAZIONI INTERVENTI DOMICILIARI PROPOSTE (specificare)

NUMERO PROGRESSIVO DELLA PRESTAZIONE	PRESTAZIONE PROPOSTA E/O FIGURA PROFESSIONALE EROGANTE	NUMERO DI ORE O DIPRESTAZIONI	FREQUENZA DELLA PRESTAZIONE (settimanale, mensile, etc.)
Prestazione 1			
Prestazione 2			
Prestazione 3			
Prestazione ...			

La prestazione si può configurare come Tariffa oraria, singola prestazione o contributo in denaro.

RISORSE ECONOMICHE DEDICATE AL PROGETTO INDIVIDUATO:

	TOTALE (€ IVA compresa)	di cui quota sanitaria (€ IVA compresa)	di cui quota utente (€ IVA compresa)	di cui quota Comune o Ente gestore (€ IVA compresa)
<input type="checkbox"/> Prestazione1: tariffa oraria o per prestazione o importo contribuito proposta/o				
<input type="checkbox"/> Prestazione2: tariffa oraria o per prestazione o importo contribuito proposta/o				
<input type="checkbox"/> Prestazione3: tariffa oraria o per prestazione o importo contribuito proposta/o				
<input type="checkbox"/> Prestazione ...: tariffa oraria o per prestazione o importo contribuito proposta/o				
<input type="checkbox"/> Spesa mensile totale proposta				

INDICAZIONE PROGETTO (Giorni e orari di frequenza, tipologia di intervento, etc.)

Firma Referente Sociale: _____

Firma Referente Sanitario: _____

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

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

Luogo e data _____