



**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

## **Strumenti per la presa in carico, la valutazione multidimensionale delle persona e la progettazione degli interventi L. 112/2016**

**Assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del  
sostegno familiare –  
Programma regionale “Dopo di noi”**

**Allegato alla Delib.G.R. n. 38/18 del 24.7.2018**



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

## **Premessa**

Il presente documento descrive il processo e definisce gli strumenti per la presa in carico, la valutazione multidimensionale delle persona e la progettazione degli interventi L. 112/2016, come declinati nelle linee di indirizzo del programma attuativo regionale “Dopo di noi” Legge 112/2016, approvate con la DGR 52/12 del 22/11/2017.

## **Linee di indirizzo del processo di valutazione e progettazione in ambito territoriale**

### FASE DI ACCESSO E PRESA IN CARICO

La domanda di ammissione al progetto personalizzato L.112/2016 viene presentata dalla persona interessata o suo rappresentante legale al servizio preposto dell'Ambito PLUS, individuato sulla base di un accordo operativo in ambito territoriale tra enti locali e distretti dell'ATS Sardegna. Il servizio ricevente verifica la domanda (Domanda di ammissione al progetto personalizzato L.112/2016) con i relativi allegati (Profilo di Funzionamento -allegato A domanda di ammissione e Scheda valutazione autonomie - allegato B domanda di ammissione) e ne cura l'eventuale richiesta di integrazione.

### FASE DI VALUTAZIONE DELL'AMMISSIBILITÀ E URGENZA

L'ambito PLUS verificata la presenza nella domanda della dichiarazione dei requisiti di ammissibilità e delle condizioni di accesso invia la documentazione all'ATS Sardegna - PUA che avvia l'istruttoria per la convocazione dell'UVT e cura la predisposizione del Profilo di funzionamento e della Scheda delle autonomie qualora non acquisita con la domanda.

L'ATS Sardegna- UVT effettua la valutazione sull'ammissibilità e l'urgenza ai sensi della Legge 112/2016 e individua gli interventi attivabili.

Qualora non vi fossero i requisiti di ammissibilità agli interventi della Legge 112/2016, si può procedere con una presa in carico generale finalizzata all'attivazione di percorsi alternativi di potenziamento dell'autonomia, mentre qualora vi fossero quelli di ammissibilità ma non di urgenza può essere gestita una lista di attesa.



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

L'ATS Sardegna – UVT approva la progettazione generale e invia la documentazione (Verbale UVT di ammissibilità e urgenza e Scheda progetto generale personalizzato - allegato verbale UVT) all'ente gestore dell'ambito plus che definisce il budget per singolo progetto personalizzato e ne dà comunicazione alla persona.

La persona destinataria individua il soggetto erogatore, tra i soggetti qualificati selezionati dall'ambito PLUS, e con esso definisce il progetto individuale operativo. L'ente gestore dell'ambito PLUS acquisisce i progetti personalizzati operativi e li invia all'ATS Sardegna- UVT per l'approvazione definitiva.

#### FASE APPROVAZIONE PROGETTO PERSONALIZZATO OPERATIVO

L'ATS Sardegna – UVT approva il progetto personalizzato operativo nel quale sono definiti gli interventi da attivare, il loro cronoprogramma, il piano finanziario e il case manager ne dà comunicazione all'ente gestore dell'ambito con l'invio del Verbale UVT di approvazione del Progetto personalizzato operativo.

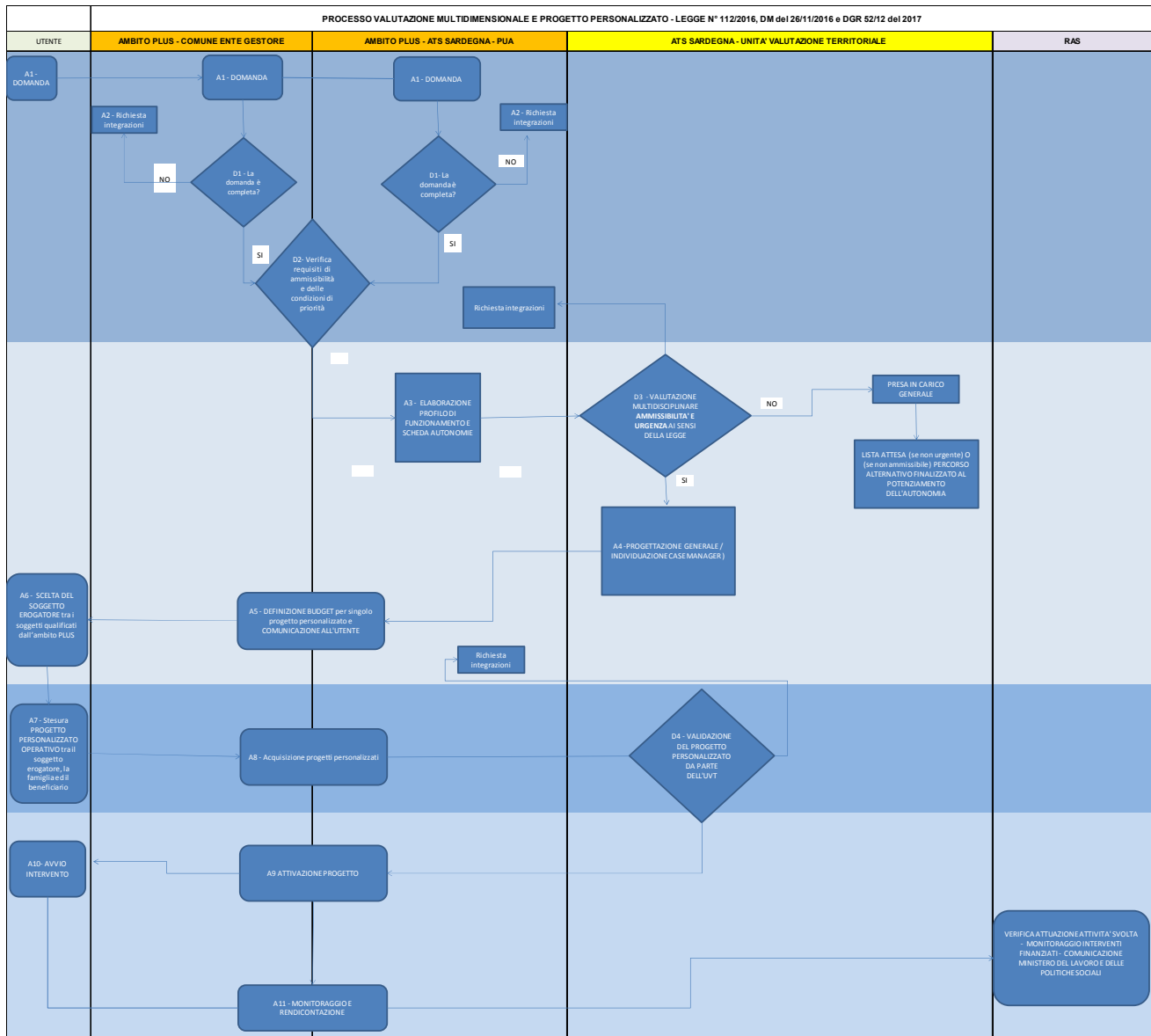
L'Ente gestore dell'ambito PLUS attiva il progetto individuale operativo come approvato dall'UVT e ne cura il monitoraggio.



REGIONE AUTONOMA 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

## Processo di valutazione e progettazione interventi "Dopo di noi" L 112/2016





REGIONE AUTONOMA 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

| <b>NOTE ESPLICATIVE FLOW CHART</b><br>Processo di valutazione e progettazione interventi "Dopo di noi" L 112/2016 |   |
|---|---|
| <b>Cod.</b>   | <b>Legenda</b>  |
| <b>A =</b>  | ATTIVITA'   |
| <b>D =</b>  | QUESITO O SNODO DECISIONALE   |
| <b>A1</b>   | La domanda viene presentata dalla persona al servizio preposto dell'Ambito PLUS di riferimento  |
| <b>D1</b>   | Il servizio ricevente verifica la domanda con i relativi allegati e cura l'eventuale richiesta di integrazione (A2)                           |
| <b>D2</b>   | L'ambito PLUS verifica la presenza nella domanda della dichiarazione dei requisiti di ammissibilità e delle condizioni di accesso             |
| <b>A3</b>   | L'ATS Sardegna - PUA cura la predisposizione del Profilo di funzionamento e della Scheda delle autonomie qualora non acquisita con la domanda |
| <b>D3</b>   | L'ATS Sardegna- UVT effettua la valutazione sull'ammissibilità e l'urgenza ai sensi della L 112/2016 e individua gli interventi attivabili    |
| <b>A4</b>   | L'ATS Sardegna – UVT approva la progettazione generale – individua il case manager  |
| <b>A5</b>   | L'ente gestore dell'ambito plus definisce budget per singolo progetto personalizzato e da comunicazione all'utente                            |
| <b>A6</b>   | La persona destinataria sceglie il soggetto erogatore tra i soggetti qualificati dall'Ambito PLUS   |
| <b>A7</b>   | Stesura del progetto personalizzato operativo tra soggetto erogatore, la famiglia e persona destinataria                                      |
| <b>A8</b>   | L'ente gestore dell'ambito plus acquisisce i progetti personalizzati  |
| <b>D4</b>   | L'ATS Sardegna- UVT approva il progetto personalizzato operativo  |
| <b>A9</b>   | L'Ente gestore dell'ambito PLUS attiva il progetto personalizzato   |
| <b>A10</b>  | Avvio del progetto  |
| <b>A11</b>  | Monitoraggio  |



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

## Strumenti per la presa in carico, la valutazione delle persone con disabilità grave e la progettazione degli interventi di cui alla legge 112/2016

FASE I – ACCESSO e PRESA IN CARICO

All'ente gestore dell'ambito PLUS di \_\_\_\_\_

### DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGETTO PERSONALIZZATO L. 112/2016

Il sottoscritto, nella sua qualità di \_\_\_\_\_ diretto interessato/ \_\_\_\_\_ rappresentante legale

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

C.F. n. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Chiede**, ai sensi della L. 112/2016 (“Dopo di Noi”) e della DGR 52/12 del 22/11/2017, l'attivazione di un progetto personalizzato per favorire preferibilmente uno dei seguenti interventi:

- Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine, anche mediante soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare, o per la de istituzionalizzazione (tipologia a);
- Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative (tipologia b);
- Interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative (tipologia d).

Il sottoscritto, consapevole della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti e delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000), dichiara ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, che:

1. Il beneficiario del progetto è (da compilare solo se il richiedente è persona diversa dal beneficiario):

- Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_
- Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- C.F. n. \_\_\_\_\_
- Residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_



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

- Telefono \_\_\_\_\_ e mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_
2. il beneficiario del progetto è persona con disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L.104/92, non determinata dal naturale processo di invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, accertata ai sensi di legge, con la seguente diagnosi: \_\_\_\_\_
3. il beneficiario del progetto è privo di sostegno familiare in quanto:
- \_\_\_\_\_ mancante di entrambi i genitori
  - \_\_\_\_\_ i genitori non sono in grado di fornire un adeguato sostegno genitoriale
  - \_\_\_\_\_ in vista del venir meno del sostegno familiare
4. il beneficiario del progetto rientra tra le seguenti condizioni prioritarie:
- \_\_\_\_\_ persone mancanti di entrambi i genitori, del tutto prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
  - \_\_\_\_\_ persone i cui genitori per ragioni connesse alla loro età o alla loro condizione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire nel prossimo futuro il sostegno necessario ad una vita dignitosa;
  - \_\_\_\_\_ persone inserite in strutture residenziali con caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare. Specificare il nome e la tipologia della struttura \_\_\_\_\_;
5. il nucleo familiare del beneficiario del progetto risulta così composto (*non riportare il nome del beneficiario*):

| Cognome | Nome | Anno di nascita | Rapporto di parentela | Riportare se la persona si trova in condizione di disabilità o non autosufficienza documentata da idonea certificazione |
|---------|------|-----------------|-----------------------|---|
|         |      |                 |                       |   |
|         |      |                 |                       |   |
|         |      |                 |                       |   |

6. che il beneficiario usufruisce dei seguenti Servizi già attivati in suo favore:

| Tipologia di servizio | Soggetto erogatore | n. ore settimanali fruito | Operatore coinvolto | Budget annuale |
|-----------------------|--------------------|---------------------------|---------------------|----------------|
|                       |                    |                           |                     |                |
|                       |                    |                           |                     |                |
|                       |                    |                           |                     |                |
|                       |                    |                           |                     |                |

7. che l' ISEE sociosanitario del beneficiario ammonta a euro \_\_\_\_\_



REGIONE AUTONOMA 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

8.  il beneficiario è in grado di produrre il profilo di funzionamento e la scheda di valutazione delle autonomie in quanto preso in carico dal seguente servizio/struttura (descrivere nome e ubicazione della struttura \_\_\_\_\_)
9.  il beneficiario non è in grado di produrre il profilo di funzionamento e la scheda di valutazione delle autonomie in quanto non in carico ad alcun servizio/struttura.
10.  che il beneficiario per la realizzazione del progetto personalizzato mette a disposizione il seguente patrimonio:  
descrizione breve \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- in caso si tratti di immobile indicare anche:  
situato in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
di cui dispone a titolo di: \_\_\_\_\_

***Luogo e data della sottoscrizione***

***Firma del dichiarante***

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allega:

- profilo di funzionamento
- scheda di valutazione delle autonomie
- ISEE socio sanitario

*Informativa ai sensi dell'art. 13 del dlgs 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo*





REGIONE AUTONOMA 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

Allegato A - Domanda di ammissione Legge 112/2016

## **PROFILO DI FUNZIONAMENTO**

(predisposto dai servizi sociosanitari che hanno in carico la persona)

### **ANAGRAFICA:**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

### **DIAGNOSI CLINICA (DSM V) ICD 9/10**

(Specificare codifica e descrizione)

**DIAGNOSI FUNZIONALE:** (Comporta la descrizione sintetica delle principali funzioni deficitarie e l'indicazione della gravità della compromissione).



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

**FUNZIONE/I PRINCIPALE/I** pagg. manuale ICF-CY 73- 115  
(specificare anche la gravità, secondo i qualificatori in uso nel sistema ICF)

Funzioni mentali

Funzioni sensoriali

Funzioni della voce e dell'eloquio

Funzioni neuromuscoloscheletriche e correlate al movimento

Funzioni dei sistemi cardiovascolare, ematologico, immunologico e dell'apparato respiratorio;

Funzioni dell'apparato digerente e dei sistemi metabolico ed endocrino

Funzioni genitourinarie e riproduttive

Funzioni della cute e delle strutture correlate

**Altri** \_\_\_\_\_



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

**STRUTTURE CORPOREE** pagg. manuale ICF-CY 117-134

(specificare la gravità e la localizzazione dell'alterazione delle strutture corporee)

**ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE** pagg. manuale ICF-CY 135-180

1. Vanno evidenziate nelle aree interessate le abilità che si ritiene possano costituire punti di forza per il progetto.
2. Nelle aree interessate va riportata la difficoltà ad eseguire una determinata attività, e la migliorabilità in termini di performance.

Apprendimento e applicazione delle conoscenze

Compiti e richieste generali

Comunicazione

Mobilità

Cura della propria persona

Vita domestica

Interazioni e relazioni interpersonali



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

Aree di vita principali (gioco, istruzione, lavoro, vita economica)

Vita sociale, civile e di comunità

**CONTESTO AMBIENTALE (enviroment)** pagg. manuale ICF-CY-181-208:

(classifica tutto ciò che compone l'enviroment e può costituire una barriera o un facilitatore, a seconda che peggiori o migliori la performance della persona rispetto a ciò che farebbe da sola in un ambiente neutro "capacità")

- Prodotti e tecnologia (presenza/assenza di farmaci, ausili per la mobilità, ausili per la comunicazione, prodotti per l'adattamento di edifici, ecc)
  
- Relazioni e sostegno sociale (presenza/assenza di famiglia ristretta e/o allargata, amici, persone che forniscono assistenza, ecc.)
  
- Atteggiamenti nei confronti della persona (facilitanti o ostacolanti)
  
- Servizi, sistemi e politiche (presenza/assenza ad esempio, in riferimento a:
  - 1) comunicazione
  
  - 2) trasporto
  
  - 3) previdenza/assistenza



REGIONE AUTONOMA 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

- 4) sostegno sociale
- 5) istruzione e formazione
- 6) sanità
- 7) lavoro

**FATTORI PERSONALI** (I fattori personali costituiscono il bagaglio personale dell'esistenza di un individuo, e rappresentano quelle caratteristiche che NON fanno parte della condizione di salute. Questi fattori comprendono il sesso, la razza, l'età, lo stile di vita, le abitudini, l'educazione ricevuta, le esperienze vissute, ecc, elementi che possono giocare un ruolo nella disabilità. Non sono classificati nell'ICF, ma possono influire sull'esito di vari interventi)

**AREE PRIORITARIE DI INTERVENTO AI FINI DELLA PROGETTAZIONE**



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

### L'equipe di valutazione

| Nome | Cognome | Professione | data | Firma |
|------|---------|-------------|------|-------|
|      |         |             |      |       |
|      |         |             |      |       |
|      |         |             |      |       |



REGIONE AUTONOMA 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

ALLEGATO B - Domanda di ammissione L 112/2016

### SCHEDA VALUTAZIONE AUTONOMIE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

**Legenda:**

R= comportamento riuscito

E= comportamento emergente, in fase di acquisizione

F= comportamento fallito

| MACRO AREA SOCIALE   |   |   |   | Data __/__/__ |   |   |   | Data __/__/__ |
|--|---|---|---|---------------|---|---|---|---------------|
| Autodeterminazione ITEM  | R | E | F | NOTE          | R | E | F | NOTE          |
| Su richiesta, esprime le proprie opinioni/preferenze                 |   |   |   |               |   |   |   |               |
| Autonomamente, esprime le proprie opinioni/preferenze                |   |   |   |               |   |   |   |               |
| Su richiesta, comunica i propri bisogni                              |   |   |   |               |   |   |   |               |
| Comunica i propri bisogni autonomamente                              |   |   |   |               |   |   |   |               |
| Decide in autonomia di prendersi cura del proprio corpo              |   |   |   |               |   |   |   |               |
| Decide in autonomia come vestirsi                                    |   |   |   |               |   |   |   |               |
| Decide di organizzare attività di tempo libero                       |   |   |   |               |   |   |   |               |
| Ha la disponibilità delle chiavi di casa                             |   |   |   |               |   |   |   |               |
| Ha la disponibilità periodica di denaro (budget settimanale/mensile) |   |   |   |               |   |   |   |               |



REGIONE AUTONOMA 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

|   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
|---|----------|----------|----------|-------------|----------|----------|----------|-------------|--|
| Può fare ciò che vuole di almeno una parte dei suoi soldi e decidere come spenderli                           |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Esprime i propri pensieri/desideri riguardo il suo futuro   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Prende decisioni importanti per sé in maniera autonoma  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| <b>Benessere fisico<br/>ITEM</b>  | <b>R</b> | <b>E</b> | <b>F</b> | <b>NOTE</b> | <b>R</b> | <b>E</b> | <b>F</b> | <b>NOTE</b> |  |
| Riconosce il proprio stato di benessere/malessere   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Sa esprimere alcuni sintomi legati al proprio malessere   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Assume i farmaci in autonomia   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Si reca autonomamente dal proprio medico  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| È capace di regolarsi nell'alimentazione  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Pratica sport/attività fisiche  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| <b>Relazioni interpersonali<br/>ITEM</b>  | <b>R</b> | <b>E</b> | <b>F</b> | <b>NOTE</b> | <b>R</b> | <b>E</b> | <b>F</b> | <b>NOTE</b> |  |
| È in grado di chiedere aiuto in caso di necessità   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Fornisce informazioni personali in caso di emergenza o necessità  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Mostra comportamenti interpersonali positivi  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Reagisce al contatto fisico in modo appropriato   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Intrattiene una conversazione   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Usa espressioni di cortesia   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Ricerca la relazione con gli altri  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Ha degli amici con cui parla e si incontra regolarmente   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Partecipa alle decisioni e alle questioni importanti che riguardano la famiglia                               |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Ha la capacità di intrattenere relazioni affettive  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Partecipa ad attività sociali come ad es. uscire, mangiare, andare a feste o a ballare con amici e conoscenti |          |          |          |             |          |          |          |             |  |





REGIONE AUTONOMA 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

|  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
|--|----------|----------|----------|-------------|----------|----------|----------|-------------|--|
| Ha una rete sociale di sostegno, persone a cui chiedere aiuto, consigli                                  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| <b>Sviluppo personale e competenze ITEM</b>  | <b>R</b> | <b>E</b> | <b>F</b> | <b>NOTE</b> | <b>R</b> | <b>E</b> | <b>F</b> | <b>NOTE</b> |  |
| Cura la propria persona in maniera adeguata ai contesti sociali (igiene personale, abbigliamento)        |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Utilizza il telefono/pc in maniera consapevole e nel rispetto degli altri (orari, contenuti, linguaggio) |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Porta con sé del denaro  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Conosce il valore approssimativo dei beni da acquistare  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| È in grado di individuare un prezzo sullo scaffale, in una vetrina etc...                                |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Utilizza il denaro in modo consapevole   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| È in grado di contare da solo il denaro che gli serve per effettuare l'acquisto                          |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Sa quando deve ricevere resto  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Sa quanto denaro deve ricevere di resto (anche con l'ausilio dello scontrino)                            |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Sa gestire un budget settimanale/mensile   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| È in grado di acquistare un biglietto/abbonamento per i mezzi pubblici                                   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Riconosce la fermata/direzione/numero di un mezzo pubblico   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| È in grado di prenotare la fermata in un mezzo pubblico  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Utilizza il mezzo pubblico per raggiungere i luoghi di interesse   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Raggiunge autonomamente a piedi luoghi conosciuti  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Riconosce e rispetta la segnaletica stradale   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Attraversa la strada in modo attento e sicuro  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Rispetta i semafori  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |



REGIONE AUTONOMA 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

|   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
|---|----------|----------|----------|-------------|----------|----------|----------|-------------|--|
| Si orienta in luoghi sconosciuti individuando riferimenti utili a raggiungere la meta               |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Sa usare strategie di aiuto per ricevere informazioni (chiedere ad un passante, utilizzare mappe..) |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Possiede il concetto di organizzazione del tempo (organizzazione della giornata, della settimana)   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Ha la possibilità di stare solo in casa   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| È capace di stare solo in casa  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Sa ordinare una colazione al bar  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Sa ordinare un pasto completo al ristorante   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| <b>Inclusione sociale e conoscenza del territorio ITEM</b>  | <b>R</b> | <b>E</b> | <b>F</b> | <b>NOTE</b> | <b>R</b> | <b>E</b> | <b>F</b> | <b>NOTE</b> |  |
| Conosce i servizi del quartiere (negozi, tabaccheria, chiesa, cinema)                               |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Utilizza i servizi del quartiere  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Conosce i principali servizi pubblici   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| È in grado di fruire da solo dei diversi servizi  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Partecipa ad alcune attività del territorio (associazioni, scout...)                                |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| È attivo e partecipa alle iniziative delle associazioni che frequenta                               |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| È consapevole dell'importanza di avere con sé i documenti di identità                               |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Porta con sé i documenti di identità  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| <b>Diritti ITEM</b>   | <b>R</b> | <b>E</b> | <b>F</b> | <b>NOTE</b> | <b>R</b> | <b>E</b> | <b>F</b> | <b>NOTE</b> |  |
| Conosce quali sono i suoi diritti   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Conosce la prassi legata alle votazioni   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Si informa sui contenuti delle votazioni  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Partecipa alle votazioni  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |



REGIONE AUTONOMA 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

|   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
|---|----------|----------|----------|-------------|----------|----------|----------|-------------|--|
| Ha capacità di autorappresentanza rispetto alle proprie istanze                             |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Ha la capacità di rappresentare i diritti altrui  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| <b>Benessere emozionale<br/>ITEM</b>  | <b>R</b> | <b>E</b> | <b>F</b> | <b>NOTE</b> | <b>R</b> | <b>E</b> | <b>F</b> | <b>NOTE</b> |  |
| Ha consapevolezza della propria condizione personale/disabilità                             |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Ha consapevolezza delle proprie risorse e potenzialità                                      |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Riconosce le principali emozioni (gioia, tristezza, paura, sofferenza, rabbia)              |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| È in grado di esprimere le emozioni in maniera adeguata al contesto                         |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Esprime agli altri sentimenti di amore o affetto (glielo dice, scrive o dimostra con gesti) |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Mantiene l'autocontrollo  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Riesce a mantenere il controllo davanti alle provocazioni                                   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Riconosce le persone sulle quali riporre fiducia /dare confidenza                           |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| <b>Vita indipendente<br/>ITEM</b>   | <b>R</b> | <b>E</b> | <b>F</b> | <b>NOTE</b> | <b>R</b> | <b>E</b> | <b>F</b> | <b>NOTE</b> |  |
| Nel suo personale progetto di vita desidera un percorso di vita indipendente                |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Condivide con la famiglia il desiderio di una vita indipendente                             |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Partecipa a gruppi o associazioni con cui può sperimentare percorsi di questo tipo          |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Partecipa ad attività di vita indipendente  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Sa organizzare un menù per un pranzo/cena   |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Sa fare una spesa funzionale alla preparazione di un pasto                                  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Sa farsi da mangiare  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |
| Sa lavare i piatti  |          |          |          |             |          |          |          |             |  |



REGIONE AUTONOMA 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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Rigoverna la cucina e il luogo dove si mangia<br>Sa usare la lavastoviglie                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sa usare la lavatrice  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sa stendere  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sa stirare/riordinare l'armadio  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sa riordinare/pulire la propria camera   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sa riordinare/pulire tutti gli spazi della casa  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sa abbellire/decorare la casa (in occasione di festività, ricorrenze)                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pulisce i servizi igienici   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lascia pulito dopo avere utilizzato i servizi igienici   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Conosce i vari prodotti per la pulizia della casa  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Conosce i vari strumenti per la pulizia della casa (spugne, stracci, spazzolone, scopa, aspirapolvere) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sa effettuare la raccolta differenziata  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Si sveglia in maniera autonoma e in maniera funzionale ad eventuali appuntamenti                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Va a letto ad un orario congruo rispetto agli impegni del giorno dopo                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sa organizzare il tempo libero fuori dai propri impegni  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rispetta le regole di convivenza   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rispetta le cose degli altri   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ha buone maniere a tavola  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Esprime il desiderio di condividere la camera con qualcuno/ di stare solo in camera                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Riconosce una eventuale situazione di pericolo (perdita di gas, acqua, inizio di incendio)             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sa chi chiamare in caso di pericolo  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Conosce e sa gestire le spese della casa (utenze)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



REGIONE AUTONOMA 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

| Sviluppo e formazione ITEM   | R | E | F | NOTE | R | E | F | NOTE |
|--|---|---|---|------|---|---|---|------|
| Arriva in orario al corso/stage  |   |   |   |      |   |   |   |      |
| Avverte il responsabile/referente che arriverà in ritardo  |   |   |   |      |   |   |   |      |
| Avverte il responsabile quando è assente da per malattia/impegni   |   |   |   |      |   |   |   |      |
| Avverte il responsabile quando deve lasciare anticipatamente il luogo di formazione  |   |   |   |      |   |   |   |      |
| Rispetta i tempi concessi per le pause   |   |   |   |      |   |   |   |      |
| Chiede aiuto/chiarimenti quando necessario   |   |   |   |      |   |   |   |      |
| Accetta correzioni e richieste di modifica dei comportamenti sul luogo di formazione   |   |   |   |      |   |   |   |      |
| Corregge gli errori secondo le istruzioni  |   |   |   |      |   |   |   |      |
| Collabora con i colleghi di stage  |   |   |   |      |   |   |   |      |
| Riconosce le figure autorevoli e sa relazionarsi in maniera adeguata   |   |   |   |      |   |   |   |      |
| Mostra interesse a proseguire una formazione legata al suo corso di studi  |   |   |   |      |   |   |   |      |
| Mostra competenze/attitudini con riferimento al settore:<br>agrario<br>alberghiero<br>catering<br>segreteria/archivio<br>magazzino |   |   |   |      |   |   |   |      |

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'educatore

\_\_\_\_\_



REGIONE AUTONOMA 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

**FASE 2 – VALUTAZIONE AMMISSIBILITA' E URGENZA**

PROGRAMMA REGIONALE “Dopo di noi “L. 112/2016 - DGR N. 52/12 DEL 22/11/2017

COMUNE DI \_\_\_\_\_ ATS SARDEGNA- ASSL \_\_\_\_\_  
PLUS \_\_\_\_\_ DISTRETTO SOCIOSANITARIO \_\_\_\_\_

**VERBALE U.V.T N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

**SINTESI DELLE PROBLEMATICHE / DIFFICOLTA' EMERSE DAL PROFILO DI FUNZIONAMENTO**

**SINTESI DELLE POTENZIALITÀ RILEVATE**

**AREE PRIORITARIE DI INTERVENTO**



REGIONE AUTONOMA 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

Interventi attivabili:( All. B - DGR 52/12 del 22/11/2017 p.2)

**A) Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione. Ricercare soluzioni e condizioni abitative, quanto più possibile, proprie dell'ambiente familiare:**

1. Percorsi di accompagnamento e sostegno ai familiari per sostenerli nella fase di accompagnamento per l' uscita del proprio figlio dal nucleo familiare;
2. Esperienze brevi (cicli di weekend fuori casa);
3. Percorsi finalizzati alla nascita del gruppo casa;
4. Percorsi di de-istituzionalizzazione;
5. Laboratori per l'indipendenza;
6. Attività di housing sociale per creare le condizioni di transizione naturale dal “durante a dopo di noi”.

40% del budget individuale, eventuale modifica è motivata da \_\_\_\_\_

**B) Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'art.3, c 4 Decreto 23/11/2016:**

1. Appartamenti protetti;
2. Soluzioni abitative per la preparazione al “dopo di noi”;
3. Progetti di autonomia a supporto di esperienze di coabitazione;
4. Promozione di vita indipendente per gruppi di persone secondo modelli domestico-familiari diversi da quelli che regolano le strutture residenziali;
5. Supporto a soluzioni abitative connesse a progetti di agricoltura sociale o accoglienza turistica/ristorazione.

40% del budget individuale, eventuale modifica è motivata da \_\_\_\_\_

**D) Interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'art. 3, c 4 Decreto 23/11/2016);**

*(NB si ricorda che: sono finanziati prioritariamente gruppi appartamento con capienza non superiore a n. 5 posti letto e non sono ricomprese spese per la realizzazione o l'acquisto di nuove costruzioni. Sarebbe utile porre un vincolo di residenza/domicilio della persona per l'abitazione a cui si fa riferimento)*

1. Spese di adeguamento e locazione di abitazioni, incluse le abitazioni di origine o gruppi appartamento o soluzioni di coabitazione già in atto che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare; Spese di manutenzione straordinaria solo per l'abbattimento delle barriere architettoniche e la conseguente predisposizione degli spazi interni;
2. Spese di manutenzione straordinaria per l'adeguamento degli spazi interni;
3. Spese per impianti e tecnologie per la domotica sociale;
4. Spese per arredi e attrezzature per la vita quotidiana.

20% del budget individuale, eventuale modifica è motivata da \_\_\_\_\_

**Presenza di criteri di urgenza:**

SI [ ]

NO [ ]

(art. 4 comma 2 decreto interministeriale 23/11/2016)

**Priorità di accesso :**

SI [ ]

NO [ ]

1. Persona con disabilità grave mancante di entrambi i genitori, del tutto priva di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
2. Persona con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse in particolare all'età, ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire loro nel



REGIONE AUTONOMA 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

- futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa;
3. Persona con disabilità grave inserita in struttura residenziale con caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, come individuate dall'art. 3 comma 4.

[ ] Persone di cui all'art.4 comma 4 in favore delle quali è stato reso disponibile patrimonio da parte di familiari o reti associative di familiari.

Non ammissibilità per:

1. [ ] Mancanza dei requisiti  
2. [ ] Non appropriatezza del percorso.

Nell'ipotesi di cui al punto 2, l'UVT suggerisce il seguente percorso alternativo:

---

---

---

---

---

| Convocati                  | Presenti                   | Componenti UVT  | Nome e Cognome | Firma |
|----------------------------|----------------------------|---|----------------|-------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | Medico Medicina Generale<br>Pediatra di Libera Scelta                             |                |       |
| 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Medico di Distretto   |                |       |
| 3 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | Medico Specialista in<br>_____  |                |       |
| 4 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | Assistente Sociale Comune   |                |       |
| 5 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | Assistente Sociale PUA  |                |       |
| 6 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | Beneficiario/Familiare/Amm. di<br>Sostegno  |                |       |
| 7 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | Referente del Servizio<br>socio-sanitario/socio-educativo<br>che ha compilato ICF |                |       |





REGIONE AUTONOMA 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

Allegato verbale UVT n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

## SCHEDA PROGETTO GENERALE PERSONALIZZATO L. 112/2016

COMUNE DI \_\_\_\_\_ ATS SARDEGNA - ASSL \_\_\_\_\_

PLUS \_\_\_\_\_ DISTRETTO SOCIOSANITARIO \_\_\_\_\_

VERBALE U.V.T N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Telefono n° \_\_\_\_\_

| INTERVENTI/PRESTAZIONI  | INTERVENTI IN ESSERE         |                    |                 |                   |         |    |
|---|------------------------------|--------------------|-----------------|-------------------|---------|----|
|   | DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI | SOGGETTO EROGATORE | FREQUENZA       |                   | PERIODO |    |
|   |                              |                    | Numero accessi* | Numero ore giorno | Dal     | Al |
| Assistenza protesica e integrativa  |                              |                    |                 |                   |         |    |
| Cure Domiciliari (CDI 1 livello, 2 livello, 3 livello e palliative) e prestazionali                 |                              |                    |                 |                   |         |    |
| Assistenza riabilitativa (ex art 26 ed ex art. 48 L. 833/1978)                                      |                              |                    |                 |                   |         |    |
| Assistenza specialistica  |                              |                    |                 |                   |         |    |
| MMG (Assistenza Domiciliare Programmata)  |                              |                    |                 |                   |         |    |
| Altri interventi sanitari (_____)   |                              |                    |                 |                   |         |    |
| Servizi semiresidenziali  |                              |                    |                 |                   |         |    |
| Servizi residenziali  |                              |                    |                 |                   |         |    |
| SAD (Servizio Assistenza Domiciliare)   |                              |                    |                 |                   |         |    |
| Servizi di socializzazione/ sportivi/ ricreativi (aggregazione, sociale, culturale, sportivo, ecc.) |                              |                    |                 |                   |         |    |
| Servizio Educativo professionale  |                              |                    |                 |                   |         |    |
| Inclusione lavorativa   |                              |                    |                 |                   |         |    |
| Assistente familiare generico/badante   |                              |                    |                 |                   |         |    |
| OSS – Operatore socio sanitario   |                              |                    |                 |                   |         |    |
| Servizi di trasporto  |                              |                    |                 |                   |         |    |
| Altri interventi (_____)  |                              |                    |                 |                   |         |    |

\* specificare unità temporale di riferimento (es. settimanale – mensile – etc.)



REGIONE AUTONOMA 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

## INTERVENTI E SOSTEGNI PER IL PROGETTO PERSONALIZZATO L. 112/2016

1° Valutazione [ ] Rivalutazione [ ]

TIPOLOGIA DI INTERVENTO DA ATTIVARE: A [ ] B [ ] D [ ]

| ANALISI DEL BENESSERE:<br>- valutazione sulla<br>qualità della vita<br>- profilo ICF | OBIETTIVI GENERALI | SOSTEGNI DA ATTIVARE | Verifica<br>Data _____<br><br>R/E/F (*) |
|--|--------------------|----------------------|---|
| <u>Sintesi descrittiva delle<br/>Aree della qualità della<br/>vita</u>               |                    |                      |   |

(\*)

R=Riuscito

E=Emergente

F=Fallito

Risultati attesi: \_\_\_\_\_

Durata : \_\_\_\_\_

**OPERATORI COINVOLTI** (specificare nome e cognome):

Assistente Sociale Comune/Plus \_\_\_\_\_

Assistente Sociale UVT \_\_\_\_\_ Educatore \_\_\_\_\_

Psicologo \_\_\_\_\_

Medico \_\_\_\_\_

Altri operatori: es. OSS/A.D.E.S.T., ecc. \_\_\_\_\_

Case Manager \_\_\_\_\_



REGIONE AUTONOMA 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

## BUDGET DI PROGETTO DI VITA:

### RISORSE ANNUALI

| PROPRIE<br>PENSIONI/<br>INDENNITÀ | FAMILIARI | PIANO<br>L.162/98 | SUSSIDI<br>ECONOMICI<br>(L.15/92) | HOME CARE<br>PREMIUM | LEGGI DI<br>SETTORE<br>_____ | ALTRO<br>_____ | TOTALE<br>ANNUALE |
|-----------------------------------|-----------|-------------------|-----------------------------------|----------------------|------------------------------|----------------|-------------------|
| €                                 | €         | €                 | €                                 | €                    | €                            | €              | €                 |

Contributo stimato L.112/2016 € \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il beneficiario \_\_\_\_\_

L'Assistente Sociale del Comune/Plus \_\_\_\_\_

Il referente dell'UVT \_\_\_\_\_

Il case Manager \_\_\_\_\_



REGIONE AUTONOMA 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

**Fase 3 APPROVAZIONE PROGETTO PERSONALIZZATO OPERATIVO**

**PROGRAMMA REGIONALE "Dopo di noi" L. 112/2016 - DGR N. 52/12 DEL 22/11/2017**

COMUNE DI \_\_\_\_\_ ATS SARDEGNA - ASSL \_\_\_\_\_  
PLUS \_\_\_\_\_ DISTRETTO SOCIOSANITARIO \_\_\_\_\_

**VERBALE U.V.T N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

| VALUTAZIONE PROGETTO INDIVIDUALE |  |               |   |   |   |   |
|----------------------------------|--|---------------|---|---|---|---|
|                                  |  | Qualificatori |   |   |   |   |
| 1                                | Identificabilità del responsabile del Progetto                                     | 0             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2                                | Presenza di VMD interna e congruenza con gli operatori attivati                    | 0             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3                                | Evidenza di conoscenza delle attività di vita quotidiana della persona             | 0             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4                                | Evidenza di conoscenza degli aspetti socio-relazionali, socio-ambientali familiari | 0             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5                                | Definizione degli obiettivi di autonomia   | 0             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6                                | Congruietà dei tempi di realizzazione del progetto                                 | 0             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7                                | Congruietà e identificabilità degli operatori in relazione agli obiettivi          | 0             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8                                | Condivisione con la persone/famiglia   | 0             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9                                | Eleggibilità del setting   | 0             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10                               | Innovazione sociale  | 0             | 1 | 2 | 3 | 4 |

Si approva

Non si approva

Si approva con le seguenti integrazioni:

**INTEGRAZIONI PROPOSTE:**



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

| Convocati                  | Presenti                   | Componenti UVT   | Nome e Cognome | Firma |
|----------------------------|----------------------------|--|----------------|-------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | Medico Medicina Generale<br>Pediatria di Libera Scelta |                |       |
| 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Medico di Distretto                                    |                |       |
| 3 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | Medico Specialista in<br>_____                         |                |       |
| 4 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | Assistente Sociale Comune                              |                |       |
| 5 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | Assistente Sociale PUA                                 |                |       |
| 6 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | Beneficiario/Familiare/Amm. di<br>Sostegno             |                |       |



REGIONE AUTONOMA 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

Allegato verbale UVT n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

## PROGETTO PERSONALIZZATO OPERATIVO - L 112/2016

Cognome

Nome

Nata a

Il

Residenza

Tel

Tipologia di intervento da attivare di cui alla DGR 52/12 del 2017    A [ ]        B [ ]        D [ ]

Case Manager

Data di avvio del progetto .....

### PROFILO FUNZIONALE ICF E VALUTAZIONE BENESSERE

*(riportare esito valutazione)*

### IDEA PROGETTUALE PER L'INTERVENTO .....(specificare la tipologia)

*(descrivere l'idea di progetto e la sua modalità di realizzazione e organizzazione (gruppo appartamento, week-end, palestra di vita etc nr. persone coinvolte, tempi, luogo in cui si svolgerà la residenzialità con descrizione degli spazi 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

## PIANO DETTAGLIATO DEGLI INTERVENTI DA ATTIVARE

| DOMINI DELLA QUALITA'<br>DELLA VITA   | OBIETTIVI<br>(ESITI) | DESCRIZIONE DEGLI<br>INTERVENTI<br>(SOSTEGNI) | FIGURE PROF<br>COINVOLTE | VERIFICA<br>OBIETTIVI<br>DATA _____<br>R/E/F (*) |
|---|----------------------|---|--------------------------|--|
| <b><u>Aree qualità della vita</u></b><br><br>1. Autodeterminazione<br>2. Benessere materiale<br>3. Benessere fisico<br>4. Sviluppo personale e<br>vita indipendente<br>5. Inclusione sociale e<br>conoscenza del<br>territorio<br>6. Relazioni interpersonali<br>7. Diritti e doveri<br>8. Benessere emozionale<br>9. Sviluppo e formazione<br>10. Fattori Ambientali |                      |   |                          |  |

(\*)

R=Riuscito

E=Emergente

F=Fallito

[ ] Descrizione patrimonio reso disponibile da parte di familiari o reti associative di familiari.



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

### **CALENDARIO SETTIMANALE DELLE ATTIVITA'**

|            | <b>MATTINA</b> | <b>POMERIGGIO</b> |
|------------|----------------|-------------------|
| LUNEDI'    |                |                   |
| MARTEDI'   |                |                   |
| MERCOLEDI' |                |                   |
| GIOVEDI'   |                |                   |
| VENERDI'   |                |                   |
| SABATO     |                |                   |
| DOMENICA   |                |                   |

### **PIANO ECONOMICO degli INTERVENTI**

| <b>DESCRIZIONE</b> | <b>PERIODO</b> | <b>IMPORTO</b> |
|--------------------|----------------|----------------|
|                    |                |                |
|                    |                |                |
|                    |                |                |
|                    |                |                |
|                    |                |                |
|                    |                |                |
|                    |                |                |
|                    | <b>totale</b>  | <b>€</b>       |





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

## **INTERVENTI CON LA FAMIGLIA**

---

---

---

## **SINTESI DEGLI STRUMENTI DI MONITORAGGIO DEGLI ESITI**

---

---

---

**Il progetto è stato definito e condiviso con:**

La Persona \_\_\_\_\_

La famiglia \_\_\_\_\_

Soggetto del terzo settore erogatore dei servizi \_\_\_\_\_

L'equipe  
multidisciplinare \_\_\_\_\_