

Sistema Socio Sanitario

Regione  
Lombardia

ATS Montagna

**PROGETTO INDIVIDUALIZZATO**

L. 23/99 (Art. 4 – commi 4 e 5)

DA PREDISPORRE A CURA DI:  
MEDICO SPECIALISTA ED EVENTUALE EQUIPE OPERATORI

**Premessa**

La compilazione del Progetto Individualizzato è finalizzata a consentire di determinare l'appropriatezza dell'ausilio/strumento richiesto, ai fini della compensazione della disabilità diagnosticata. Da evidenziare è l'importanza che il Progetto, unitamente agli altri requisiti richiesti, assume nella definizione delle priorità e quindi delle graduatorie.

**Dati anagrafici**

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

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

in via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

**Diagnosi** \_\_\_\_\_

Qualora affetto da sordità, specificare se:

- minore in età prescolare  
 minore con sordità pari a 50 decibel medi (500-1000-2000 Hz) nell'orecchio migliore  
 adulto con sordità pari o superiore a 65 decibel medi (500-1000-2000 Hz) nell'orecchio migliore

Stato di gravità SI  NO 

(secondo la legge 104/92)

**Strumento/ausilio prescritto** \_\_\_\_\_Previsto dal Nomenclatore SI  NO Riconducibile al Nomenclatore SI  NO **Tipologia di disabilità**

- Fisica  
 Psicica  
 Sensoriale  
 Plurima (fisica e/o psicica più sensoriale)

**Area/e delle funzioni compromesse**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Area cognitiva             | <input type="checkbox"/> Area motorio-prassica |
| <input type="checkbox"/> Area affettivo-relazionale | <input type="checkbox"/> Area neuropsicologica |
| <input type="checkbox"/> Area comunicazione         | <input type="checkbox"/> Area autonomia        |
| <input type="checkbox"/> Area sensoriale            |  |

**Obiettivi**

- Contribuisce all'autonomia personale
- Favorisce le attività di assistenza e di cura
- Facilita l'accesso ai luoghi di studio e/o di lavoro
- Sostiene le attività di apprendimento scolastico
- Costituisce supporto al ruolo e ai compiti lavorativi
- Favorisce le attività di partecipazione sociale e del tempo libero
- Concorre a migliorare la qualità della vita.

**Durata**

Il progetto si concluderà indicativamente \_\_\_\_\_

**Risultati attesi**

---

---

---

**Modalita' di verifica**

---

---

---

*L'ATS si riserva di verificare l'attuazione del progetto.*

**L'équipe operatori**

---

---

**Il medico specialista**  
(firma e timbro)

---

**Utente/caregiver/familiare**

---

Data \_\_\_\_\_

**N.B. SI INVITA A COMPILARE IL PROGETTO IN OGNI SUA PARTE, PENA L'ESCLUSIONE DELLA DOMANDA DALLE PREVISTE GRADUATORIE.**