

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.