

Cognome
CSM/SerDP/NPIA

Nome
Servizio Sociale

Data

Sintesi Problemi e dei Bisogni Rilevati al Primo Incontro

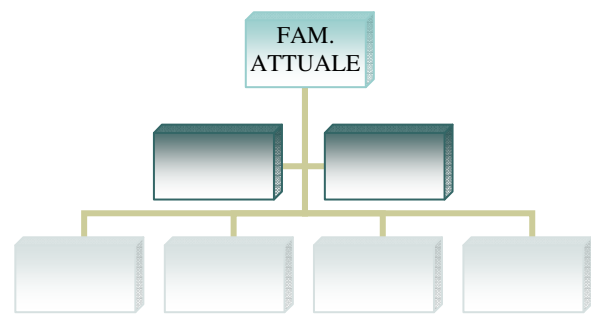
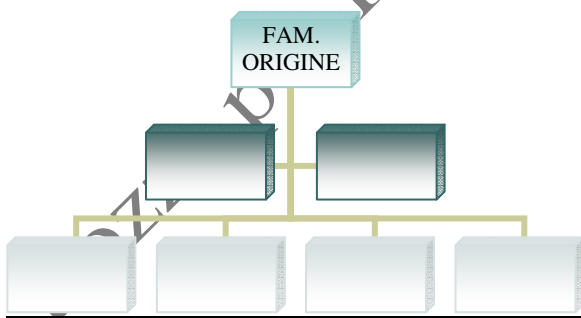
Problemi e bisogni percepiti dalla persona





Problemi e bisogni riferiti dai referenti affettivi primari

Problemi e bisogni rilevati dagli operatori DSM DP

Problemi e bisogni rilevati dagli operatori dei Servizi Sociali Territoriali

Situazione attuale



Aree del vivere	Descrizione sintetica	Informazioni
CASA 		Di proprietà o in affitto
		In famiglia di origine o da solo
		Con altri familiari o con altre persone
		In appartamento DSM DP
		Altro
LAVORO 		Titolo di studio
		Esperienze formative
		Esperienze lavorative pregresse
		Precedenti percorsi d'inserimento lavorativo
		Iscrizione CIP/Colloc.to mirato L. 68
		Lavoro attuale
SOCIALITA' 		Referenti affettivi primari
		Amici
		Vicini
		Associazioni
		Attività di tempo libero
		Altro
REDDITO 		Reddito da lavoro
		Indennità di disoccupazione
		Assegno mensile d'invalidità
		Assegno ordinario o Pensione inabilità da lavoro INPS o INAIL
		Indennità accompagnamento
		Altri redditi
		Contributi economici o Reddito di cittadinanza
CONDIZIONI GENERALI DI SALUTE FISICA		Lista in legenda

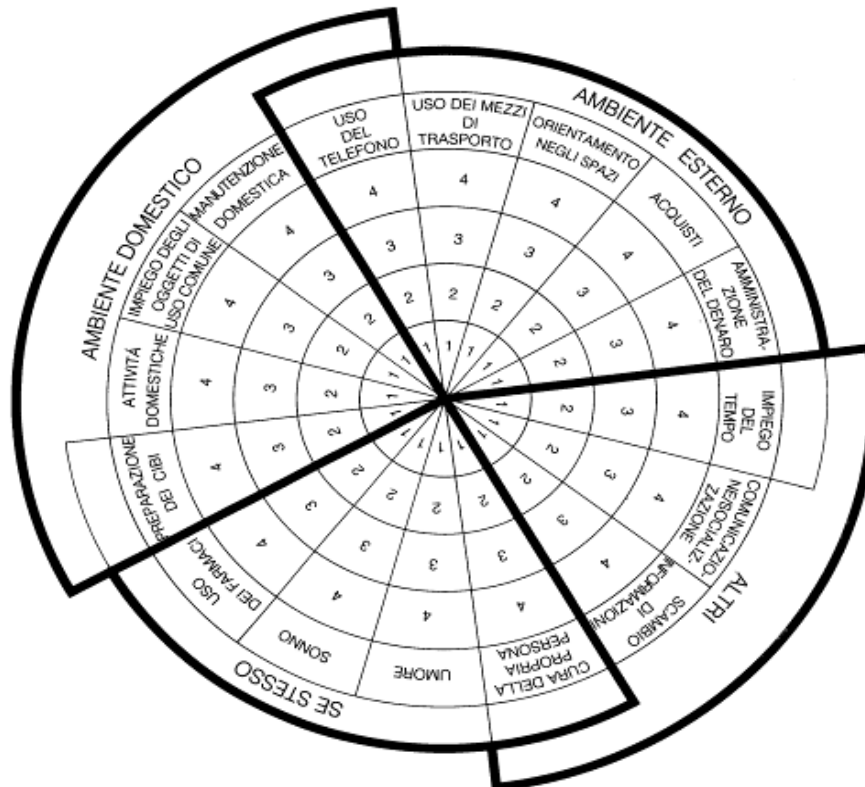
¹ licenza elementare, licenza media, attestato professionale, diploma scuola media superiore, laurea triennale, laurea magistrale

AREE DI CRITICITA', ABILITA' E COMPETENZE PSICO SOCIALI

(segnare il punteggio per ogni item: 1=Nulla, 2=Scarso, 3=Sufficiente, 4=Buono.
Quindi unire i punti e definire l'area di problematicità)

Data _____ A cura Referente del progetto _____

SCALA ITALIANA DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DI VITA



La scala deve essere compilata in base alle informazioni raccolte sia dall'intervista del paziente, sia dal colloquio con i familiari, gli amici o il personale che lo assiste. Il giudizio deve basarsi sullo stato del paziente, al momento della visita o alla settimana precedente.

Valutazione della Qualità di Vita – punteggio _____





Bisogni evidenziati dall'equipe integrata

Bisogni di supporto per la famiglia ed eventuali risposte

Cognome
CSM/SerDP/NPIA

Nome
Servizio Sociale

Data

Interventi di supporto nelle Aree del vivere	Obiettivi riabilitativi e sociali	Azioni e declinazione dell'intervento e delle attività	Tipologia di supporto alla persona (Specificare individuale o di gruppo)	Attori	Prestazioni / presenze			SPESE PTRP	Comp. Utente o famiglia	
					N. prestazioni mensili	N. prest.ni periodo di durata del PTRP	Presenze mensili			
			Specificare individuale o di gruppo	Soggetto gestore ²				Euro di spesa	Barrare la casella	
 CASA								Spese Asse Casa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Totale parziale Area								€		
 FORM./LAVORO								Spese Asse Lavoro	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Totale parziale Area								€		
 SOCIALITA'								Spese Asse Socialità	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Totale parziale Area								€		
Totale prestazioni di supporto educativo nelle Aree Abitare, Lavoro, Socialità (Max 42 prestazioni/mese - 500 prestazioni/anno 1 area Max 67 prestazioni/mese - 804 prestazioni/anno 2 o 3 aree)					Prestazioni Tot. Mese	Prestazioni Tot.	Presenze mensili	Spesa totale Attività supporto ed.		
Intensità Riabilitativa del PTRP: ALTA X MEDIA <input type="checkbox"/> BASSA <input type="checkbox"/>					n.	n.	n.	€		
Oneri vari (progettazione, verifiche, coordinamento, materiali di consumo)					n.	n.		€		
Spese vive di trasporto					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		€	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Buoni Pasto					n.	n.		€	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
CANONE DI ATTIVITÀ MENSILE (CAM)					Prestazioni Tot. Mese	Prestazioni Tot.		€	Importo tot. comp. attività	
					n.	n.			€	
 REDDITO				Soggetto erogante				Contributi	Comp. famiglia	
								€	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

² Soggetto pubblico o privato: DSM DP, Servizio Sociale Territoriale, Terzo Settore (Cooperative sociali, Associazioni, Volontariato), Supporto tra pari e Auto aiuto, ecc.

Cognome
CSM/SerDP/NPIA

Nome
Servizio Sociale

Data

**ACCORDO SUL PROGETTO PERSONALIZZATO CON BUDGET DI SALUTE
Parte 1**

Intensità Riabilitativa del PTRP: ALTA MEDIA BASSA

Il sottoscritto Sig/Sig.ra _____

Cod Fisc

Cod. CURE _____

CONCORDA
con il

CSM SerDP NPIA _____ del DSM-DP AUSL Bologna presso cui è in cura

**il seguente
progetto personalizzato:**

I soggetti coinvolti nelle attività del Progetto Personalizzato con BdS si impegnano al rispetto delle indicazioni di carattere igienico-sanitario e di garanzia del distanziamento fisico e all'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale. Il punteggio acquisito dalla somministrazione della scheda di valutazione del rischio contagio *PIERA* che è stato condiviso è il seguente Tale valutazione sarà ripetuta tra (riportare il periodo temporale in giorni o settimane o mesi).

OBIETTIVI DEL PROGETTO

.....
.....
.....

LA PERSONA SI IMPEGNA:

.....
.....
.....

IL CSM SerDP NPIA SI IMPEGNA:

.....
.....
.....

IL SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE SI IMPEGNA:

.....
.....
.....

I PARTNER SI IMPEGNANO (Elencare i partner):

.....
.....
.....

I REFERENTI AFFETTIVI PRIMARI SI IMPEGNANO:

.....
.....
.....

ALTRI SOGGETTI (con denominazione) SI IMPEGNANO:

.....
.....
.....

DURATA DEL PROGETTO Dal Al Verifica congiunta del progetto ogni ____ mesi
Prossima verifica entro il

Cognome
CSM/SerDP/NPIA

Nome
Servizio Sociale

Data

ACCORDO SUL PROGETTO PERSONALIZZATO CON BUDGET DI SALUTE Parte 2

COSTO COMPLESSIVO € _____ COSTO MENSILE € _____

RISORSE FINANZIARIE/ECONOMICHE NECESSARIE E RELATIVI IMPEGNI DELLE PARTI

COMPATIBILITA' DI BUDGET AUSL di Bologna			
Si autorizza l'attivazione del Budget di Salute a favore del Sig./Sig.ra _____ che comporta una spesa complessiva presunta di € _____ così ripartita:			
	Anno	Anno	Anno.....
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
Centro di Costo _____			
Il Responsabile C.D.R. _____			

COMPATIBILITA' DI BUDGET Servizio Sociale Territoriale			
Si autorizza l'attivazione del Budget di Salute a favore del Sig./Sig.ra _____ che comporta una spesa complessiva presunta di € _____ così ripartita:			
	Anno	Anno	Anno.....
	€	€	€
	€	€	€
	€	€	€
.....			
Il Responsabile. _____			

Cognome
CSM/SerDP/NPIA

Nome
Servizio Sociale

Data

ACCORDO SUL PROGETTO PERSONALIZZATO CON BUDGET DI SALUTE

Parte 3

FIRME

La persona o il tutore o il rappresentante legale _____

Ref. del progetto DSM-DP _____

Ref. affettivi primari _____

Ref. Servizio Sociale Territoriale _____

Cooperativa/e Sociale/i (Timbro e firma) _____

Ass. Volontario – Terzo settore / ESP _____

Altri soggetti coinvolti _____

Luogo e data _____

Livello di gradimento del Progetto Personalizzato con BdS della persona in cura o del suo legale rappresentante:



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Annotazioni Verifiche Progetto
(valutazioni descrittive con firma finale e con modifiche alle pagine 5, 6 e 7)
