



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

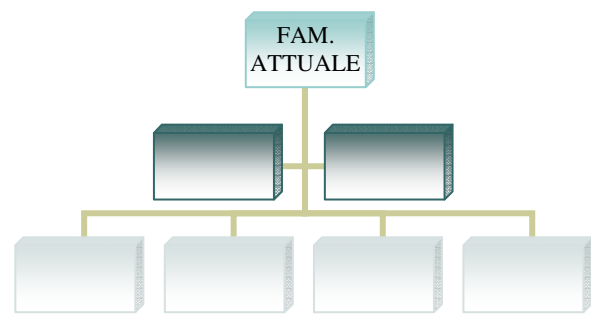
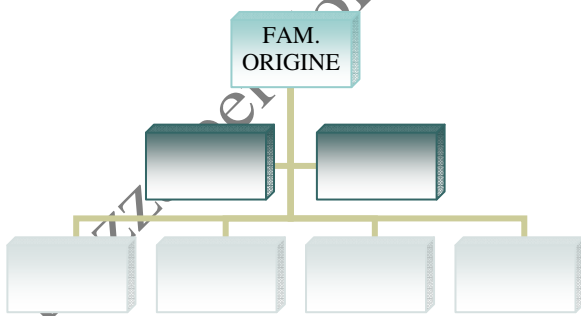
---

---

---

---

**Situazione attuale**



---

---

---

---

Aree del vivere	Descrizione sintetica	Informazioni
<b>CASA</b> 		Di proprietà o in affitto
		In famiglia di origine o da solo
		Con altri familiari o con altre persone
		In appartamento DSM DP
		Altro
<b>LAVORO</b> 		Titolo di studio
		Esperienze formative
		Esperienze lavorative pregresse
		Precedenti percorsi d'inserimento lavorativo
		Iscrizione CIP/Colloc.to mirato L. 68
		Lavoro attuale
<b>SOCIALITA'</b> 		Referenti affettivi primari
		Amici
		Vicini
		Associazioni
		Attività di tempo libero
		Altro
<b>REDDITO</b> 		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
<b>CONDIZIONI GENERALI DI SALUTE FISICA</b>		Lista in legenda

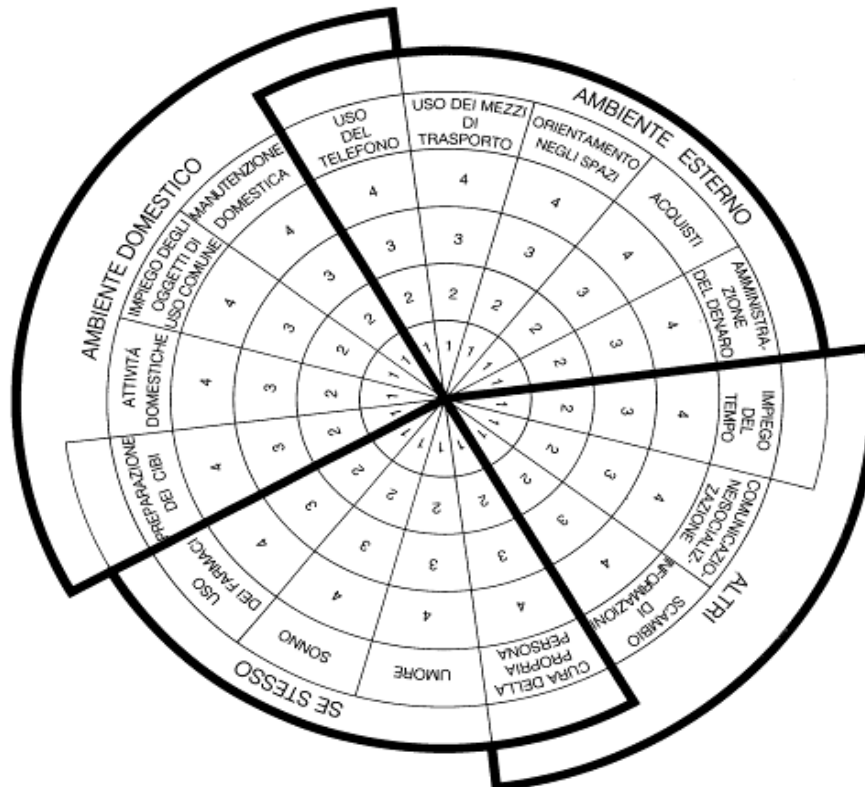
<sup>1</sup> licenza elementare, licenza media, attestato professionale, diploma scuola media superiore, laurea triennale, laurea magistrale

**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 <sup>2</sup>				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								€ .....		
<b>Totale prestazioni di supporto educativo nelle Aree Abitare, Lavoro, Socialità</b> (Max 42 prestazioni/mese - 500 prestazioni/anno 1 area Max 67 prestazioni/mese - 804 prestazioni/anno 2 o 3 aree)					<b>Prestazioni Tot. Mese</b>	<b>Prestazioni Tot.</b>	<b>Presenze mensili</b>	<b>Spesa totale Attività supporto ed.</b>		
<b>Intensità Riabilitativa del PTRP: ALTA X MEDIA <input type="checkbox"/> BASSA <input type="checkbox"/></b>					n. ....	n. ....	n. ....	€ .....		
<b>Oneri vari (progettazione, verifiche, coordinamento, materiali di consumo)</b>					n. ....	n. ....		€ .....		
<b>Spese vive di trasporto</b>					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		€ .....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>Buoni Pasto</b>					n. ....	n. ....		€ .....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>CANONE DI ATTIVITÀ MENSILE (CAM)</b>					<b>Prestazioni Tot. Mese</b>	<b>Prestazioni Tot.</b>		<b>€ .....</b>	<b>Importo tot. comp. attività</b>	
					n. ....	n. ....			€ .....	
 REDDITO				Soggetto erogante				Contributi	Comp. famiglia	
									€ .....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

<sup>2</sup> 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)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_