

DSM-DP
Centro di Salute Mentale

CSM _____ Equipe di _____

Cognome _____ Nome _____

VIA _____ Località _____ Tel. _____

CODICE FISCALE _____ Cartella clinica N° _____

RIFERIMENTI

Familiare 1	Nome Tel.	Medico CSM	Nome Tel.
Familiare 2	Nome Tel.	Psicologo	Nome Tel.
MMG	Nome Tel.	Infermiere	Nome Tel.
EELL	Nome Tel.	Assistente Sociale	Nome Tel.
Privato Sociale	Nome Tel.	Educatore prof.le	Nome Tel.

Allegati

(barrare con una crocetta strumenti che si allegano)

Assesment Bio Psico Sociale

PTRI esteso	<input type="checkbox"/>		
Scheda WHOQOL	<input type="checkbox"/>	Scheda HONOS	<input type="checkbox"/>
Scheda Altre Scale (BPRS-Abilità)	<input type="checkbox"/>	VERBALE UVM	<input type="checkbox"/>
Schede datate valutazione raggiungimento obiettivi			<input type="checkbox"/>
Schede Valutazione Esiti	<input type="checkbox"/>	Numero.....	

Area Del Vivere Casa/Domiciliarità

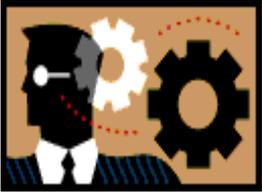
1. Contratto per assistenza domiciliare con supporto esterno (M/P07/02)	<input type="checkbox"/>
2. Altro (specificare).....	<input type="checkbox"/>

Area Del Vivere Formazione /Lavoro

1. Profilo Fragilità - L 14	<input type="checkbox"/>
2. Scheda descrittiva di Valutazione dei percorsi <i>TiFO C/ TiFo D</i>	<input type="checkbox"/>
3. Scheda Convenzione	<input type="checkbox"/>
4. Progetto di tirocinio	<input type="checkbox"/>
5. Scheda di presa in carico dell'utente - Organismo Tecnico di valutazione	<input type="checkbox"/>
6. Scheda di segnalazione dell'utente al programma di supporto all'impiego IPS	<input type="checkbox"/>
6. Piano d'Intervento Individuale IPS	<input type="checkbox"/>
7. Scheda Professionale Riassuntiva IPS	<input type="checkbox"/>
8. Diario IPS	<input type="checkbox"/>
9. Altro Specificare	<input type="checkbox"/>

SINTESI

PROGETTO ACCORDO RIABILITATIVO INTEGRATO (PARI)

Arete del vivere	Bisogni	Obiettivi	Azioni	Attori	Note varie
SOCIALITA'/AFFETTIVITA' 					
CASA/DOMICILIARITA' 					
FORMAZIONE/LAVORO 					



PROGETTO ACCORDO RIABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO ASPETTI OPERATIVI E IMPEGNI ASSUNTI

AREE INTERVENTO

Casa/Domiciliarita'

Formazione/Lavoro

Socialita'/Affettivita'

Altro

Attivazione UVM (allegare verbale) SI

NO

CONDIVISIONE DELLE RESPONSABILITA' E IMPEGNI ECONOMICI

Coerentemente alle responsabilità, agli obiettivi, alle azioni e alle specifiche competenze attribuite, come descritto nella presente sintesi e nel verbale UVM, i sottoscritti, in data _____ approvano il PARI a favore del/della sig./sig.ra _____

DELLA DURATA DI _____

Conferma, o eventuale ridefinizione/interruzione del PARI a seguito della verifica congiunta del raggiungimento degli obiettivi riabilitativi descritti ogni n° _____ mesi

RUOLO	NOME	FIRMA
Resp. UO DSMDP (o delegato)		
Responsabile Ente Locale (o delegato)		
Referente del Progetto		
Operatore CSM referente		
Ass. Sociale Ente Locale		
Se presenti:		
Famigliare 1		
Famigliare 2		
Rappr. Privato Sociale		
Rappr. Associaz./Volont.		
MMG		
Amm. Di Sostegno		
Altro (specificare)		
<p>Utente: Io Sottoscritto Sig./Sig.ra _____ <u>Concordo, Accetto e Sottoscrivo l'adesione partecipata al PARI come descritto in sintesi nel presente documento e nei suoi allegati</u></p> <p>FIRMA _____</p>		

Livello Gradimento dell'utente:



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



ACCORDO IMPEGNO ECONOMICO PER PARI A FAVORE DI

COGNOME _____ NOME _____

Cod Fiscale

DURATA DEL PROGETTO: DAL _____ AL _____

RISORSE FINANZIARIE/ECONOMICHE NECESSARIE E RELATIVI IMPEGNI DELLE PARTI

	NOME/DESCRIZIONE	IMPEGNO MENSILE (EURO)	IMPEGNO RELATIVO A:
CSM			
ENTE LOCALE			
UTENTE			
FAMIGLIA			
ALTRI			

COOPERATIVA O IMPRESA			
-----------------------	--	--	--

COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA **SI** **NO** ISEE € _____

Modalità di compartecipazione	
--------------------------------------	--

Ambito Sanitario

Visto l'accordo PARI a favore del Sig./Sig.ra _____

Si autorizza l'attivazione che comporta risorse presunte equivalenti ad € _____

Descrizione Centro di Costo _____

Firma del Responsabile C.D.R.

Ambito Ente Locale

Visto l'accordo PARI a favore del Sig./Sig.ra _____

Si autorizza l'attivazione che comporta una spesa presunta di € _____

(specificare settore/CdC _____)

Firma del Responsabile C.D.R.

Data _____