

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche

PROGETTO PERSONALIZZATO

Centro di Salute Mentale di _____

Cognome _____ Nome _____

Via _____ Località _____ Tel. _____

CF _____

Cod. SIT _____

Referente del progetto _____

RIFERIMENTI

Referenti affettivi primari	Nome Tel.	Medico CSM	Nome Tel.
	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.
ESP	Nome Tel.	Operatore socio-sanitario	Nome Tel.

Data e Luogo _____ Operatore _____

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 dall'operatore

Situazione attuale



Aree del vivere	Descrizione sintetica	Informazioni
CASA 		Di proprietà o in affitto
		In famiglia, da solo
		In appartamento DSM DP
		Altro
LAVORO 		Titolo di studio
		Esperienze formative
		Esperienze lavorative pregresse
		Precedenti percorsi d'inserimento lavorativo
		Iscrizioni CIP/elencchi L. 68
		Lavoro attuale
SOCIALITA' 		Referenti affettivi primari
		Amici
		Vicini
		Associazioni
		Attività di tempo libero
		Altro
REDDITO 		Reddito da lavoro
		Assegno invalidità
		Pensioni INPS inabilità
		Indennità accompagnamento
		Altri redditi
		Contributi economici
Condizioni generali di salute		

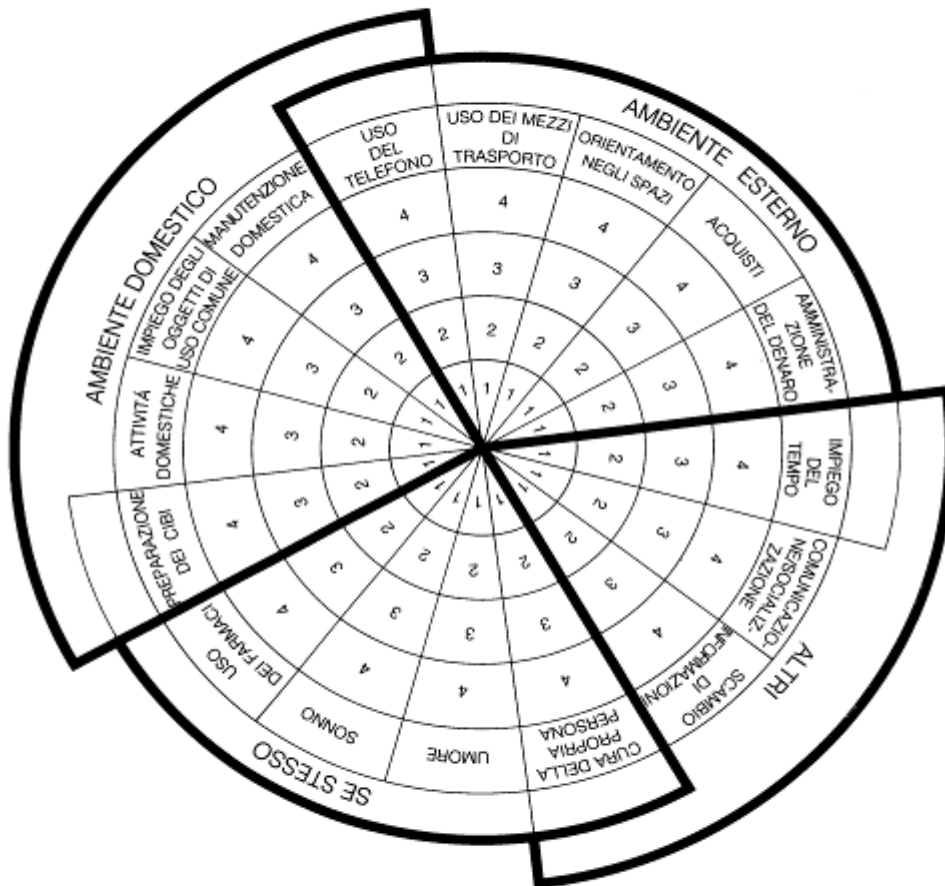
AREE DI CRITICITA', ABILITA' E COMPETENZE PSICO SOCIALI

(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'équipe

PROGETTO PERSONALIZZATO				
Sintesi				
Aree del vivere	Obiettivi	Azioni e declinazione intervento	Attori	Note varie
CASA 				
LAVORO 				
SOCIALITA' 				
REDDITO 				

Budget di Salute

Attivato:

SI**NO**

in data _____

SE SI:**Intensità di Progetto BUDGET DI SALUTE**

L'intensità degli interventi è da indicare in base al conteggio delle ore complessive di ogni Area come da pag. 4

Abitare

Socialità

Lavoro

ALTA

ALTA

ALTA

MEDIA

MEDIA

MEDIA

BASSA

BASSA

BASSA

ATTIVAZIONE ETI/UVM o UVG SI

(allegare verbale UVM)

NO

Firma Referente del progetto _____

Servizi o persone coinvolti/e

M.M.G. _____

Serv. Soc. EELL. _____

Ser.T _____

Ref. affettivi primari _____

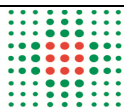
Altri Servizi Sanitari _____

Associazioni/ESP _____

Privato Sociale _____

Altri _____

Aggiornamenti



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche

ACCORDO PERSONA / C.S.M. / PARTNERS

Il sottoscritto Sig/Sig.ra _____

CONCORDA

con il Centro di Salute Mentale _____ del DSM-DP AUSL Bologna

**il seguente
progetto personalizzato:**

OBIETTIVI DEL PROGETTO

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

LA PERSONA SI IMPEGNA:

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

IL C.S.M. SI IMPEGNA:

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

I PARTNERS SI IMPEGNANO:

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

COINVOLGIMENTO DI TERZI (referenti affettivi primari, stakeholders, MMG, altri):

DURATA DEL PROGETTO: _____ verifica congiunta del progetto ogni _____ mesi

Livello di gradimento della persona in cura:



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Firme

Il/La Signor/a _____

Ref. affettivi primari _____

Ref. Ente Locale _____

Ass. Volontario/ESP _____

Il Referente del progetto _____

Micro équipe CSM _____

Ref. Privato Sociale _____

Altri _____

Luogo e Data _____

Strumenti allegati

(barrare con una crocetta strumenti che si allegano)

Asse Casa – strumenti*

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Richiesta di inserimento nel gruppo appartamento | ☐ |
| 2. Contratto di inserimento nel gruppo appartamento | ☐ |
| 3. Contratto di inserimento nell'appartamento di servizio del CSM | ☐ |
| 4. Progetto abitativo personalizzato | ☐ |
| 5. Impegni dell'ospite | ☐ |

Asse Lavoro – strumenti*

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Scheda del Profilo individuale e lavorativo dell'utente proposto per Tirocinio formativo (TiFO) / Formazione al lavoro | ☐ |
| 2. Piano d'Intervento Individuale e Personalizzato FTL / TiFO | ☐ |
| 3. Scheda descrittiva di Valutazione dei percorsi FTL / TiFO | ☐ |
| 4. Scheda di presa in carico dell'utente - Organismo Tecnico di valutazione | ☐ |
| 5. Progetto di tirocinio | ☐ |
| 6. Scheda SIAS Centro per l'Impiego Bologna/DSM-DP | ☐ |
| 7. Scheda di segnalazione per i percorsi L. 68/99 | ☐ |
| 8. Scheda di segnalazione dell'utente al programma di supporto all'impiego IPS | ☐ |
| 9. Piano d'Intervento Individuale IPS | ☐ |
| 10. Scheda Professionale Riassuntiva IPS | ☐ |
| 11. Diario IPS | ☐ |
| 12. Scheda di rilevazione annuale dei dati sulle tipologie di attività e utenti | ☐ |

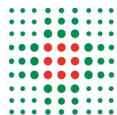
Asse Socialità – strumenti*

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Scheda di raccolta dati per invio Centri Diurni | ☐ |
| 2. Richiesta prosecuzione percorso in Centro Diurno | ☐ |
| 3. Verifica CSM – CD | ☐ |

Assesment Bio Psico Sociale– strumenti*

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 1. Scheda Abilità | ☐ |
| 2. Scheda HONOS | ☐ |
| 3. Scheda BPRS | ☐ |
| 4. Scheda..... | ☐ |
| 5. Scheda..... | ☐ |
| 6. Scheda..... | ☐ |
| 7. Scheda..... | ☐ |

*Gli strumenti riguardano le attività previste nel Capitolato per la coprogettazione e la gestione dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati con Budget di Salute



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

ACCORDO DI BUDGET DI SALUTE A FAVORE DI

COGNOME _____ NOME _____

Cod Fisc _____

IN CURA presso UOS/UOSD CSM di _____ SIT _____

DURATA DEL PROGETTO: DAL _____ AL _____

COSTO COMPLESSIVO € _____ COSTO MENSILE € _____

RISORSE FINANZIARIE/ECONOMICHE NECESSARIE E RELATIVI IMPEGNI DELLE PARTI

REF. DEL PROGETTO DSM-DP _____

FAMILIARI _____

ENTE LOCALE/FONDAZIONE _____

UTENTE _____

COOPERATIVA (Timbro e firma) _____

Luogo e data _____

COMPATIBILITA' DI BUDGET

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.....
C.E. 41111750	€	€	€
C.E. 41111500	€	€	€
C.E. 41111300	€	€	€

Centro di Costo _____

Il Responsabile C.D.R.
