

Progetto “La workforce al centro del rafforzamento dei servizi sanitari”
Programma Nazionale Equità nella Salute 2021 - 2027
CUP: I75E22000590006

**IL BUDGET DI SALUTE: UNA RISPOSTA PER LA RECOVERY PERSONALE,
ISTITUZIONALE E DI COMUNITÀ - ED. 1
UVM, PTRI E ACCORDO**

AREA SALUTE MENTALE

17-18 SETTEMBRE 2026 DOTT.SSA BARBARA CARILLO



- Il Budget di Salute (BdS) rappresenta un modello organizzativo-gestionale di integrazione sociosanitaria che consente la realizzazione degli interventi sociosanitari integrati più innovativi normati dal DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza LEA”. agli art. 24, 25, 26, 27, 28, 57, 60.
- Nell’approcciarsi al Budget di Salute, occorre tenere presente due paradigmi di riferimento: il **diritto alla salute** e i **diritti di cittadinanza**.

Il diritto alla salute

La salute intesa come **risorsa della comunità** e pertanto come bene universale.

Tre principi fondamentali:
l'universalità, l'uguaglianza e l'equità.

Principi organizzativi del SSN adottati nella programmazione sanitaria: **la centralità della persona e l'integrazione sociosanitaria.**

Il diritto alla salute

- Tale diritto rappresenta un dovere per gli operatori sanitari e socio-sanitari, e per chi programma l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, a cui spetta di anteporre la tutela della salute dei cittadini in tutte le scelte, compatibilmente alle risorse economiche disponibili.

I diritti di cittadinanza

Legge 328/2000

Riconosce ed agevola il ruolo degli organismi di utilità sociale, della cooperazione, degli enti di promozione sociale, delle organizzazioni di volontariato con le quali Enti locali, regioni e Stato hanno stipulato accordi o intese.

Integrazione Socio Sanitaria.

Affida la progettazione, ai comuni, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, finalizzata alla **piena integrazione** delle persone nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro.

Riconosce il **progetto individuale** come momento centrale della progettazione territoriale integrata rivolta alle persone.

Interventi integrati socio-sanitari

- I percorsi sociosanitari integrati costituiscono diritti esigibili dal cittadino e perseguono la finalità di recuperarne e/o mantenerne e/o rafforzarne l'autonomia individuale, contrastando fenomeni di istituzionalizzazione, segregazione e delega della cura a soggetti terzi, attraverso la promozione del protagonismo della persona e della comunità.
- Vengono garantiti percorsi assistenziali integrati alle persone con bisogni complessi, ovvero a quelle persone che necessitano di prestazioni sia sanitarie sia sociali, per migliorare o mantenere il proprio stato di salute.

Personalizzazione dell'intervento



Equipe socio-sanitaria nel BdS

- Il Budget di Salute è nato come strumento di integrazione sociosanitaria nell'ambito dell'assistenza territoriale, attivabile da parte dei Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) in collaborazione con i servizi sociali, in alternativa o in superamento dell'assistenza residenziale, nel caso in cui il trattamento residenziale non sia la risposta di assistenza appropriata ai bisogni della persona, o quando tale trattamento sia concluso.

Chi può richiedere l'attivazione di un BdS?

- Ne possono richiedere l'attivazione la persona, i suoi familiari e le persone di riferimento, il medico di medicina generale, lo psichiatra del servizio territoriale ambulatoriale, l'assistente sociale della sanità e del Comune (Giunta regionale Emilia-Romagna, 2015. “Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del Budget di Salute”, Deliberazione n. 1554, 20 ottobre 2015).

Fasi di attivazione del BdS

1. segnalazione del bisogno e sua valutazione preliminare, espressione della domanda e del punto di vista della persona, della famiglia o di altri soggetti significativi;
2. valutazione del livello di funzionamento, delle risorse presenti nei sistemi di cura e di comunità, da parte dell'équipe integrata e prima ipotesi di proposta di progetto; potrebbe anche svolgersi vantaggiosamente presso il domicilio della persona;

SCHEDA RICHIESTA PER PROGETTO RECOVERY

La richiesta raccoglie dati essenziali, tipologia di risorsa, diagnosi e inquadramento iniziale.

Reimposta campi		Stampa modulo	
		SCHEDA RICHIESTA PER PROGETTO RECOVERY	
Dipartimento Assistenza Integrata Salute Mentale Dipendenze Patologiche		Rev. n. 02 del 24/01/2024	
all. 1 a PS.02.DAISMDP.000			
Nome Cognome Data di nascita			
TIPOLOGIA DI RISORSA			
☐ Centro Diurno diffuso			
☐ Budget di Salute			
☐ Servizio di Comunità e Prossimità			
☐ Residenza Socio Sanitaria			
☐ Residenze a trattamento estensivo			
DIAGNOSI			
ALTRE PATOLOGIE PRESENTI			
La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione			

Richiesta - dati iniziali e risorsa

Stampa modulo	
SCHEDA RICHIESTA PER PROGETTO RECOVERY	
Rev. n. 02 del 24/01/2024	
all. 1 a PS.02.DAISMDP.000	
Dipartimento Assistenza Integrata Salute Mentale Dipendenze Patologiche	
ANAMNESI PSICO- PATOLOGICA	
ANAMNESI FAMILIARE	
La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione	

Richiesta - anamnesi

SCHEDA RICHIESTA: DALLA DOMANDA ALLA MICROEQUIPE

La documentazione esplicita motivo della richiesta, obiettivi generali e composizione della microequipe.

SCHEDA RICHIESTA PER PROGETTO RECOVERY		Rev. n. 02 del 24/01/2024
Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche	all. 1 a P5.02.DAISM DP.000	
COMPORTEMENTI AGGRESSIVI ☐ Verso se stesso ☐ Verso altri ☐ Verso cose		
PERCORSI RIABILITATIVI PSICOSOCIALI PRECEDENTI ED ESITI		
MOTIVO DELLA RICHIESTA		
OBIETTIVI GENERALI		
☐ Aspetto e igiene ☐ Attività quotidiane e strumentali		
☐ Salute psicofisica ☐ Attività produttive e socialmente utili/ tempo libero		
☐ Rapporti personali e sociali ☐ Comportamenti disturbanti e/o aggressivi		
SCALA DI VALUTAZIONE		
Punteggio HoNOS data		
☐ Questionario dei bisogni e delle risorse sociali data		
La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riproduzione o di renderlo noto senza la sua autorizzazione		

Motivo della richiesta e obiettivi

SCHEDA RICHIESTA PER PROGETTO RECOVERY		Rev. n. 02 del 24/01/2024
Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche	all. 1 a P5.02.DAISM DP.000	
MICROEQUIPE		
PSICHIATRA		
PSICOLOGO		
ASSISTENTE SOCIALE		
INFERMIERE REFERENTE		
EDUCATORE		
TeRP		
ALTRI		
FIRME		
MEDICO REFERENTE _____		RESPONSABILE CSM _____
DATA RICHIESTA	Stampa modulo	
La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riproduzione o di renderlo noto senza la sua autorizzazione		

Microequipe e firme

Fasi di attivazione del BdS

3. definizione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato PTRI sulla base della valutazione multidisciplinare e multiprofessionale dei bisogni e delle risorse
4. fase operativa del PTRI con effettiva costituzione dell'équipe di progetto, e designazione del *Case Manager*, che si completa con la stesura e la sottoscrizione dell'accordo;
5. attivazione, realizzazione, monitoraggio e verifica degli esiti del progetto, che deve tenere conto della coerenza interna del progetto rispetto ai valori, ai desideri e alle convinzioni dell'utente e dei familiari.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)

Progettazione · UVM · Valutazione



UVM svolta da:

- Équipe integrata con funzioni di UVM in un'unica sessione
- Équipe integrata e UVM in sessioni separate

La UVM viene assunta come snodo del processo: mette in relazione progettazione e valutazione, mantenendo l'integrazione sociosanitaria come criterio guida.

Valutazione multidimensionale

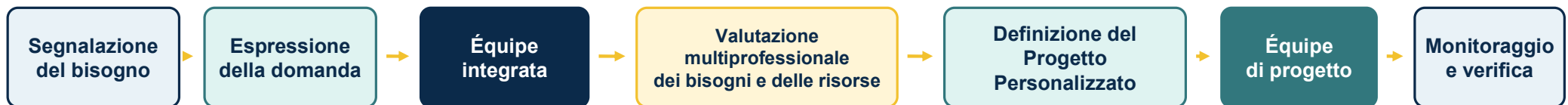
- Una delle fasi principali dell'ambito dell'attivazione di un progetto BdS è la valutazione preliminare, che comprende una definizione diagnostica (Saraceno, Gallio 2013) e una valutazione clinica, nonché la rilevazione del funzionamento psicologico e sociale della persona, con particolare riferimento ai bisogni e alle risorse, anche attraverso l'utilizzo di strumenti standardizzati. La valutazione multiprofessionale e multidimensionale viene garantita dall'equipe sociosanitaria costituita da una componente sociale e da una componente sanitaria.

Dal bisogno al progetto: il percorso integrato

PROGETTO DI VITA



PERCORSO DI CURA



La persona porta la domanda, i desideri e il proprio punto di vista.

L'équipe integrata valuta bisogni, funzionamento e risorse.

Il progetto viene attuato, monitorato e ridefinito nel tempo.

La UVM non è solo un passaggio autorizzativo: è un punto dinamico di valutazione, validazione e raccordo tra progetto di vita e percorso di cura.

Il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI)

Sulla base della valutazione multidisciplinare e multiprofessionale dei bisogni e delle risorse, viene definito il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI).

La fase operativa prevede la costituzione dell'équipe di progetto, la designazione del Case Manager e la stesura/sottoscrizione del contratto.

Il progetto viene poi attivato, monitorato e verificato negli esiti.

Il PTRI declina il percorso di cura dentro il progetto di vita della persona.

Deve essere orientato alla recovery personale e al miglior funzionamento psicologico e sociale possibile.

Tiene conto dei desideri, delle preferenze, delle relazioni significative, delle risorse personali, familiari, sociali e comunitarie.

Il contratto formalizza gli obiettivi e gli impegni assunti dai diversi attori e rende visibile la corresponsabilità sul progetto.

Viene sottoscritto dalla persona, dai servizi coinvolti, dagli eventuali soggetti gestori e dagli altri attori significativi.

Quando vengono messi a disposizione beni privati, alloggi o altre risorse, devono essere perfezionati anche gli atti amministrativi e giuridici necessari.

SCHEDA PROGETTO RECOVERY: PTRI E OBIETTIVI

Nel PTRI gli obiettivi vengono tradotti in abilità, risorse necessarie e piano operativo.

Reimposta campi		Stampa modulo	
		SCHEDA PROGETTO RECOVERY	
Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche		Rev. n. 02 del 24/01/2024	
all. 2 a PS.02.DAISMOP.000			
NOME	hhhh	COGNOME	hhhh
Data di nascita			
SCALE DI VALUTAZIONE			
☐ WHOQOL versione breve		Punteggio	
☐ Scala valutazione funzionamento		hhhh	
Punteggio			
Data			
OBIETTIVO GENERALE			
☐ Aspetto e igiene		☐ Attività quotidiane e strumentali	
☒ Salute psicofisica		☐ Attività produttive e socialmente utili/ tempo libero	
☐ Rapporti personali e sociali		☐ Comportamenti disturbanti e/o aggressivi	
OBIETTIVI SPECIFICI (almeno un obiett. specifico per ogni obiett. generale)	hhhh		
ABILITA' NECESSARIE PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	hhhhh		
RISORSE UMANE AMBIENTALI E MATERIALI NECESSARIE PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	hhhhhhh		
La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con diritto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione			

Obiettivi, abilità e risorse

		SCHEDA PROGETTO RECOVERY	
Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche		Rev. N. 02 24/01/2024	
all. 2 a PS.01.DAISMOP.000			
Le abilità richieste sono presenti? ☐ Sì ☐ No ☐ Parzialmente			
Qualora le abilità non siano presenti, lo erano in passato? ☐ Sì ☐ No ☐ Parzialmente			
Le risorse necessarie sono presenti? ☐ Sì ☐ No ☐ Parzialmente			
La motivazione è presente? ☐ Sì ☐ No ☐ Parzialmente			
PIANO DETTAGLIATO DELL'INTERVENTO			
OPERATORI COINVOLTI E COMPITI ASSEGNATI			
ALTRI SERVIZI E/O FIGURE COINVOLTE			
La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con diritto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione			

Piano dettagliato e operatori

SCHEDA PROGETTO RECOVERY: ACCORDO E RESPONSABILITÀ

La sottoscrizione rende visibili responsabilità, durata, verifiche programmate e attori coinvolti.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma	SCHEDA PROGETTO RECOVERY all. 2 a PS.01.DAISMDP.000	REV. N. 02 24/01/2024
Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche		

Data prima verifica programmata

IPOTESI DURATA DEL PROGETTO

FIRME

	Persona		Firma
	Tutore/Amministratore di sostegno		Firma
	Familiari/ Caregivers		Firma
mlu/uequipet	Psichiatra		Firma
microequipet	Operatore Referente:		Firma
microequipet	Referente BdS		Firma
microequipet	Altri:		Firma
microequipet	Responsabile CSM		Firma
	Referente CDD		Firma
	Responsabile/ Coordinatore RSCP		Firma
	Referente Cooperativa		Firma
	Altri:		Firma
	RESPONSABILE DEL PROGETTO		Firma

Data

Durata, verifica programmata e firme

Dettaglio: firme e corresponsabilità



Il Case Manager è il professionista di riferimento del percorso.

Coordina la valutazione dei bisogni, la pianificazione dei supporti, la messa in rete delle risorse e la continuità della presa in carico.

Nel BdS “tira le fila” del progetto, promuove il monitoraggio e mantiene il focus sulla persona, sulla sua autodeterminazione e sulla sostenibilità degli interventi.

SCHEDA VERIFICA PROGETTO RECOVERY

La verifica consente di leggere esiti, gradimento, osservazioni e decisioni sul proseguimento del progetto.

Reimposta		Stampa modulo	
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma		SCHEDA VERIFICA PROGETTO RECOVERY Rev. n. 01 del 18/06/2021 all. 3 a PS.02.DAISMOP.000	
Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche			
Nome		Cognome	
		Data di nascita	
Scala di valutazione		Punteggio	Data
HoNOS			
VGF			
Scala di valutazione del funzionamento			
Scala qualità della vita			
GRADO RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI			
☐ Miglioramento del quadro sintomatologico ☐ raggiunto ☐ parzialmente ☐ non raggiunto			
☐ Miglioramento dell'alleanza terapeutica ☐ raggiunto ☐ parzialmente ☐ non raggiunto			
☐ Miglioramento delle relazioni familiari ☐ raggiunto ☐ parzialmente ☐ non raggiunto			
☐ Miglioramento delle funzioni lavorative ☐ raggiunto ☐ parzialmente ☐ non raggiunto			
☐ Miglioramento delle relazioni interpersonali ☐ raggiunto ☐ parzialmente ☐ non raggiunto			
☐ Miglioramento dell'habitat e della cura di sé ☐ raggiunto ☐ parzialmente ☐ non raggiunto			
☐ Altro ☐ raggiunto ☐ parzialmente ☐ non raggiunto			
LIVELLO DI GRADIMENTO ESPRESSO DALLA PERSONA IN CURA			
VERBALE DI VERIFICA			
OSSERVAZIONI DELLA PERSONA IN CURA			
OSSERVAZIONI DEGLI OPERATORI			

La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione

Grado di raggiungimento obiettivi

SCHEDA VERIFICA PROGETTO RECOVERY Rev. n. 01 del 18/06/2021 all. 3 a PS.01.DAISMOP.000	
Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche	
OSSERVAZIONI DI FAMILIARI/ TUTORE/AMM.DI SOSTEGNO/ CAREGIVER	
ESITO VERIFICA	
☐ PROSECUZIONE DEL PROGETTO IN ATTO	
☐ DEFINIZIONE NUOVO PROGETTO	
☐ CONCLUSIONE PROGETTO	
☐ per dimissione	
☐ per abbandono	
Programmazione prossima verifica	
FIRME	
UTENTE	Firma
PSICHIATRA	Firma
CASE MANAGER	Firma
FAMILIARI/ CARE GIVERS	Firma
TUTORE/ AMM.RE DI SOSTEGNO	Firma
RESPONSABILE CSM	Firma
RESPONSABILE / REFERENTE STRUTTURALE	Firma
REFERENTE COOPERATIVA	Firma
Data	

La Direzione si riserva nei termini di legge la proprietà del documento con divieto di riprodurlo o di renderlo noto senza la sua autorizzazione

Esito verifica e firme

Esperienze di integrazione socio-sanitaria a Parma

- Lavoro di microequipe socio-sanitaria;
- Equipe integrata di coordinamento con le aree sociali territoriali di riferimento;
- Formazione congiunta sul BdS promossa dal Comune di Parma nell'ambito del Piano di Zona;
- Unità di valutazione multidisciplinare.

Microequipe socio-sanitaria

- Costituita dagli operatori direttamente coinvolti sul caso: psichiatra, infermiere di riferimento, assistente sociale del Comune e/o assistente sociale del Csm, educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica, MMG.
- La microequipe raccoglie la segnalazione e fa una prima valutazione del caso elaborando un'ipotesi di progetto. In una fase successiva si occupa di verificare l'andamento del progetto.

Equipe integrata di coordinamento con i poli sociali territoriali

- Coordinamento mensile al quale partecipano i responsabili del Csm e delle varie aree del servizio sociale territoriale, l'assistente sociale del Csm e gli assistenti sociali del Comune. In base all'ordine del giorno e dei casi che andranno trattati l'equipe si integra dei referenti delle microequipe citate precedentemente.
- Il coordinamento ha la funzione di:
 - coinvolgere, qualora non lo siano, i referenti del sociale su alcune situazioni che presentano delle fragilità
 - confrontarsi con i responsabili dei servizi su situazioni ad alta complessità
 - condividere le ipotesi di progetto BdS
 - coordinarsi su nuclei familiari presi in carico da diverse aree (disabili, anziani, minori...)

Unità di valutazione multidisciplinare

- Equipe di «secondo livello» composta da una componente fissa (sia sanitaria che sociale) alla quale si integrano i vari operatori responsabili dei casi trattati;
- Si riunisce ogni lunedì mattina.
- Ha la funzione di valutare, validare e/o modificare i progetti budget di salute presentati dalle microequipe socio sanitarie.

Formazione congiunta BdS

- Promossa dal Comune di Parma nell'ambito del Piano di Zona;
- Hanno partecipato operatori e responsabili del Comune di Parma e del DAISM-DP:
- I primi incontri hanno riguardato la parte teorica e di metodo.
- Nei successivi incontri i partecipanti sono stati suddivisi in gruppi misti (sanitario e sociale) con mandato di lavorare su casi pratici che avrebbero richiesto l'attivazione di un BdS, mettendo in campo risorse sociali e sanitarie.

Valutazione dei determinanti sociali della salute: questionario sulle condizioni sociali

Il questionario è composto di 20 item, organizzati nei seguenti paragrafi:

- A) Informazioni socio-anagrafiche:
- B) Condizione abitativa
- C) Condizione relazionale
- D) Condizione lavorativa
- E) Condizione economica
- F) Salute
- G) Eventi critici
- H) Bisogni
- I) Risorse

Questionario su condizioni sociali: bisogni e risorse

Data _____

A. Informazioni socio-anagrafiche

1. Genere

☐ Maschile ☐ Femminile ☐ LGBTQ+

2. Et  (numero) _____

2.a. Se minore

☐ Accompagnato ☐ Non accompagnato

3. Cittadinanza

☐ Italiana

☐ Non Italiana, specificare _____

4. Titolo di studio

Anni di scuola (conclusi) _____

☐ Nessun titolo di studio ☐ Licenza elementare ☐ Licenza scuola media inferiore

☐ Attestato di formazione

☐ Diploma scuola media superiore

☐ Laurea di I livello ☐ Laurea di II livello ☐ Specializzazione post-laurea

☐ Non risponde

5. Stato civile

☐ Celibe/Nubile ☐ Coniugato/a

☐ Separato/a ☐ Divorziato/a ☐ Vedovo/a

6. Ha figli?

☐ S  ☐ No

6a. Se s , n  _____, di cui numero minorenni _____

☐ Non risponde

Sezione dedicata agli intervistati stranieri

a) Presente regolarmente in Italia?

☐ S  ☐ No ☐ Non risponde

b) Da quanto tempo   presente in Italia?

Anno _____

Parla italiano?

☐ S  ☐ No

c) Se s ,   in modo elementare ☐ in modo autonomo ☐ con padronanza

d) Permesso di soggiorno

☐ Mai avuto ☐ In attesa di rilascio ☐ Scaduto ☐ Non risponde

e) Qual   la motivazione del permesso di soggiorno attuale o richiesto?

☐ Cure mediche ☐ Cittadino UE

☐ Motivi religiosi ☐ Studio

☐ Motivi familiari ☐ Rifugiato

☐ Richiedente protezione internazionale ☐ Lavoro

☐ Motivi umanitari ☐ Attesa occupazione

☐ Protezione sussidiaria ☐ Carta di soggiorno lungo soggiornanti

☐ Minore et  ☐ Non risponde

B. Condizione abitativa

7. Con chi vive?

☐ Vive da solo

☐ Con i genitori

☐ Con il coniuge/convivente ☐ Con altri nuclei familiari

☐ Con il coniuge/convivente e i figli ☐ Altro, specificare _____

☐ Con i figli

☐ Con i parenti (fratelli, sorelle, zii, ecc...)

☐ Con amico/i

☐ In comunit  (specificare il tipo) _____

☐ Non risponde

8. Dove vive?

☐ Appartamento

8a.   di propriet  ☐ in affitto con contratto ☐ in affitto senza contratto ☐ in subaffitto

☐ Ospite di amici/parenti

☐ In istituto/comunit 

☐ Ostello/Strutture di accoglienza

☐ Centro sociale/Casa occupata

☐ Tenda/baracca/roulotte

☐ Campo Rom/Sinti

☐ Auto

☐ Androni/Portoni/Sottoponti/Parchi/Giardini

☐ Non risponde

C. Condizione Relazionale

9. Ha rapporti con i propri familiari non conviventi?

☐ S  Se s , n  _____

☐ No

☐ Non risponde

9a. Se s , con quale frequenza?

☐ Almeno una volta a settimana

☐ Una volta al mese

☐ Qualche volta durante l'anno

☐ Non risponde

10. A chi pu  chiedere aiuto in caso di necessit ? (possibili pi  risposte e precisare forma di aiuto)

☐ Famiglia di origine (genitori, fratelli, sorelle) _____

☐ Famiglia acquisita (coniuge, figli, ex partner) _____

☐ Parenti _____

☐ Amici (precisare quanti) _____

☐ Datore di lavoro ☐ Altro, specificare _____

☐ Parrocchia ☐ Nessuno

☐ Associazioni volontariato _____

☐ Cooperative _____

☐ Gruppi di Automutuoaiuto _____

☐ Servizi Sociali Territoriali _____

☐ Ausl _____

☐ Non risponde

D. Condizione lavorativa

11. Condizione occupazionale

☐ Disoccupato

☐ In cerca di prima occupazione

☐ Lavoro a tempo determinato

☐ Lavoro a tempo indeterminato

☐ Lavoro autonomo

☐ Lavoro in impieghi occasionali, precari

☐ Lavori in impieghi irregolari

☐ Pensione

☐ Studente/ studentessa

☐ Non risponde

12. Competenze digitali
☐ In grado di utilizzare smartphone/email/pc
☐ Non in grado di utilizzare smartphone/email/pc
☐ Non risponde

E. Condizione economica
13. Ha la disponibilità di un reddito?
☐ Sì
☐ No
☐ Non risponde

13 a. Se sì, quale sono le fonti di reddito?
 (possibili più risposte)
☐ Reddito da lavoro _____
☐ Reddito da pensione _____
☐ Reddito di cittadinanza _____
☐ Sussidi _____
☐ Aiuti economici da amici/ parenti _____
☐ Elemosine _____
☐ Altro, specificare _____
☐ Non risponde _____

Reddito complessivo mensile _____

13 b. Proprietà: ☐ Sì ☐ No
 Se Sì specificare: _____

F. Salute
14. E' iscritto al Servizio Sanitario Nazionale?
☐ Sì ☐ No ☐ Non risponde

15 a. Se No, per quale motivo?
☐ Dicono che non ne ho diritto
☐ Difficoltà linguistico-culturali
☐ In corso di iscrizione
☐ Difficoltà amministrativo/burocratiche
☐ STP/ENI
☐ Altro, specificare _____
☐ Non risponde

15. L'ultima volta che si è ammalato, si è potuto curare?
☐ Sì ☐ No ☐ Non risponde

15 a. Se No, per quale motivo?
☐ Difficoltà economiche
☐ Non so dove andare
☐ Non ho un posto dove curarmi
☐ Non capisco la lingua
☐ Altro, specificare _____
☐ Non risponde

G. Eventi critici
16. Ha subito eventi critici?
☐ Sì ☐ No ☐ Non risponde

16 a. Se Sì, quali?
☐ Perdita del lavoro ☐ Perdita della casa (stratto)
☐ Denuncia/Condanna ☐ Esperienza detentiva
☐ Esperienze sfavorevoli nell'età evolutiva ☐ Esperienze di collocazione extrafamiliare
☐ Lutto ☐ Malattia grave
☐ Separazione dal coniuge ☐ Divisione del nucleo familiare

☐ Indebitamento ☐ Usura
☐ Dipendenza ☐ Difficoltà economiche a seguito della nascita di un figlio
☐ Maltrattamento/Violenza
☐ Emigrazione
☐ Altro, specificare _____

H. Bisogni
17. Nell'ultimo anno ho avuto bisogno di aiuto per:
☐ Pasti (specificare l'aiuto ricevuto e da chi) _____
☐ Reddito (specificare l'aiuto ricevuto e da chi) _____
☐ Alloggio (specificare l'aiuto ricevuto e da chi) _____
☐ Lavoro (specificare l'aiuto ricevuto e da chi) _____
☐ Altro (specificare l'aiuto ricevuto e da chi) _____

18. Valutazione soggettiva
Alimentazione
 Valutazione complessiva (da 0 minimo-10 massimo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Reddito
 Valutazione complessiva (da 0 minimo-10 massimo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Alloggio (comprese affitti, utenze, ecc.)
 Valutazione complessiva (da 0 minimo-10 massimo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Salute
 Valutazione complessiva (da 0 minimo-10 massimo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Relazioni sociali (inclusi trasporti, cultura, sport e tempo libero)
 Valutazione complessiva (da 0 minimo-10 massimo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Vissuto di solitudine
 Valutazione complessiva (da 0 minimo-10 massimo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Sono preoccupato per: _____

Risorse

Incrociando le risorse e le disponibilità dei vari utenti è stato possibile creare progetti integrati volti all'automutuoaiuto.

Ad es. supporto nella preparazione dei pasti, cohousing, laboratorio d'arte....

I. Risorse										
19. In relazione alle mie condizioni potrei essere di aiuto :										
☐ Attività di volontariato (specificare) _____										
☐ Accompagnamento /Uscite in compagnia/Camminate _____										
☐ Piccole commissioni, pagamento bollette, approvvigionamento farmaci _____										
☐ Telefonate/videochiamate _____										
☐ Trasporti (in auto) _____										
☐ Pasti in compagnia _____										
☐ Ospitalità nell'Alloggio (specificare) _____										
☐ Partecipare Attività di Automutuoaiuto (specificare) _____										
☐ Aiutare nella formazione per trovare lavoro (specificare) _____										
☐ Migliorare la mia formazione (ambiti di interesse) _____										
☐ Altro (specificare) _____										
20. Vissuto di attività (fare qualcosa mi farebbe sentire meglio)										
Valutazione complessiva (da 0 minino-10 massimo)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Un caso esempio BdS

- A., 41 anni, residente a Parma, affetto da Sindrome affettiva bipolare, segnalato dalla proprietaria di casa al Servizio Sociale del Comune per comportamenti agitati e «bizzarri».
- L'aggancio è stato possibile grazie ad un intervento domiciliare congiunto con mmg, servizio sociale e psichiatra.

Anamnesi psicopatologica

Poliabuso di sostanze stupefacenti, attualmente in remissione ed una storia suggestiva per condotte di vita marginali e tendenza alla promiscuità sessuale. L'esordio psicopatologico appare risalente ad alcuni anni fa, con la comparsa di una sintomatologia prevalentemente depressiva, per la quale si sarebbe rivolto ad uno specialista privatamente, ma con scarso beneficio. Dalla scomparsa del padre avvenuta nel gennaio 2020, A. sarebbe andato incontro ad una maggiore instabilità timica con labilità emotiva e calo della spinta motivazionale. Con un progressivo peggioramento intorno ai mesi estivi con la comparsa di una sintomatologia contropolare con in primo piano disorganizzazione ideo comportamentale, accelerazione ideo-verbale con nessi associativi allentati, scandimento del funzionamento globale con trascuratezza nella cura di se e degli ambienti di vita, comparsa di ideazioni deliranti persecutorie nei confronti della proprietaria di casa (seppure nel contesto di reali conflittualità), allucinazioni somatiche (percezione di schegge di vetro soprattutto agli arti superiori e alle mani), irrequietezza fisica ed insonnia, per le quali si rendeva necessario un ricovero presso il SPDC, nel mese di settembre 2020. Il percorso di cura è proseguito per circa un mese presso RTI dove, nonostante la ricomposizione dal punto psicopatologica, si osservava il persistere di deficit inerenti le autonomie nella vita quotidiana, anche in relazione alle crescenti necessità di cura legate alle diagnosi infettivologiche (infezione da HIV) e neurologiche (eredoatassia cerebellare)poste durante il ricovero. Attualmente A. è inserito presso RTE, dove ha raggiunto un buon compenso dal punto di vista psicopatologico, mentre si evidenzia un aggravamento dal punto di vista delle autonomie nelle attività di vita quotidiana.

Anamnesi familiare

Secondogenito di tre figli. Il padre, anch'egli affetto da atassia cerebellare, è deceduto a gennaio 2020. La madre definita dal paziente come depressa, è deceduta nel 2008. La sorella minore F. è seguita da molti anni dai servizi psichiatrici per Disturbo Bipolare, da febbraio 2020 ha raggiunto la famiglia a Parma, ed attualmente ha un progetto bds attivo e vede il fratello A. con regolarità. Ha un altro fratello maggiore G., che ha creato un proprio nucleo familiare, il quale ha buone relazioni con la sorella F., mentre con A. sta gradualmente riagganciando i rapporti.

La famiglia di A. ha con il servizio un atteggiamento collaborante.

Risorse economiche, personali e familiari

- Pensione di invalidità civile (100%) 750 euro.
- Piccola somma ottenuta dalla vendita della casa familiare.

Ipotesi di progetto

A. è in dimissione da un percorso riabilitativo presso RTE.

Il progetto prevede l'inserimento, in cohousing con altro utente, in un alloggio temporaneo per la recovery del DAISM. Per garantire la tenuta circa le autonomie acquisite e il buon compenso psicopatologico raggiunto, si richiede l'attivazione di un progetto in coogestione con coop. soc., nello specifico con il gruppo di lavoro della residenza. Le ore (50 mensili) sono utili per permettere ad A. di frequentare con modalità diurne, tre mattine la settimana, il luogo in cui ha instaurato significative relazioni affettive e mantenere legami con figure educative di riferimento, assumere la terapia con monitoraggio costante e pranzare (lunedì, mercoledì e venerdì).

Nei giorni di martedì, giovedì e sabato si attiva da parte del Comune di Parma di un SAD (30 minuti al die) per monitoraggio nell'assunzione della terapia, riordino dell'ambiente di vita e supporto nelle attività del quotidiano. Il sabato sera e la domenica A. è ospite della sorella F.

Il Centro Diurno Diffuso del DAISM supporterà A. attraverso un intervento settimanale, nella spesa alimentare e nell'organizzare i vari pasti che consumerà nei giorni in cui non è in residenza.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

