

ALLEGATO 1

Mese / anno					Operatore/trice					Cooperativa	
SerDP/Servizio					formazione a carico AUSL					Descrizione attività	
dalle	alle	dalle	alle	ore	dalle	alle	dalle	alle	ore		
1				0.00					0.00		
2				0.00					0.00		
3				0.00					0.00		
4				0.00					0.00		
5				0.00					0.00		
6				0.00					0.00		
7				0.00					0.00		
8				0.00					0.00		
9				0.00					0.00		
10				0.00					0.00		
11				0.00					0.00		
12				0.00					0.00		
13				0.00					0.00		
14				0.00					0.00		
15				0.00					0.00		
16				0.00					0.00		
17				0.00					0.00		
18				0.00					0.00		
19				0.00					0.00		
20				0.00					0.00		
21				0.00					0.00		
22				0.00					0.00		
23				0.00					0.00		
24				0.00					0.00		
25				0.00					0.00		
26				0.00					0.00		
27				0.00					0.00		
28				0.00					0.00		
29				0.00					0.00		
30				0.00					0.00		
31				0.00					0.00		
				<b>0,00</b>	0,0					<b>0,00</b>	0,0

Timbro e firma ditta aggiudicataria

referente SerDP

*Firme dei responsabili per presa visione*

Educatrice Professionale Coordinatore



**Logo AGGIUDICATARIO****PRESENZE MENSILI**

degli utenti presso Laboratorio Artistico Artigianale

Mese di .....	
Nuovi ingressi nel mese	
Presenze già attive dal mese precedente TIFO C	
Presenze già attive dal mese precedente TIFO D	
Assunti a tempo determinato ancora in carico al SerDP	
Assunti a tempo indeterminato ancora in carico al SerDP	
<b>TOTALE FREQUENZE NEL MESE</b>	
Percorsi conclusi nel mese	
Percorsi interrotti da operatore/abbandonati da utente nel mese	
Percorsi conclusi nel mese con assunzione a tempo determinato	
<b>TOTALE PERCORSI TERMINATI NEL MESE</b>	

Data,

Firma Ente Aggiudicatario



Dipartimento Salute Mentale – Dipendenze Patologiche

ALLEGATO 4

## **SCHEDA DI PROGETTO SOCIOEDUCATIVO INDIVIDUALE A FAVORE DI**

**UTENTE**

**N. CARTELLA**

**IN CARICO AL SERDP**

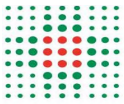
**IN CARICO AL CSM**

**ATTIVAZIONE**

**ANNO**

**OPERATORE INCARICATO**

**BREVE PRESENTAZIONE UTENTE (situazione iniziale)**



## Dipartimento Salute Mentale – Dipendenze Patologiche

### PROGETTO DI CURA DEFINITO DALL 'EQUIPE DI RIFERIMENTO

Definire il progetto in base alle seguenti tipologie:

**1. Presa in carico per Intensità di cura:** Indicativamente, vengono delineate le frequenze dei colloqui per *bassa intensità, media e alta intensità di cura*

**2. Lavoro di prossimità** (contatti sporadici con utenti senza una presa in carico individuale).

**Intensità di cura**

- **Alta** (1 colloquio settimanale)
- **Media** (1 colloquio ogni 2 settimane)
- **Bassa** (1 colloquio ogni 4 settimane)

#### Tipologia di progetto

**Lavoro di Prossimità**

#### Obiettivi

#### Durata progetto

- **Data inizio:**
- **Data fine:**
- **Settimane:**

#### Attività specifiche concordate

(Dettagliare)

- **Educativa riabilitativa Bologna**
- **Reno Lavino Samoggia**
- **Appennino Bolognese**
  
- **Centro Anzola individuale (specificare)**
  
- **Sportello Lavoro (specificare):**

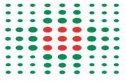
#### Prestazioni DIRETTE/ INDIRETTE concordate

- **Prestazioni DIRETTE:**  
Quante:  
Quali:
- **Prestazioni INDIRETTE:**  
Quante:  
Quali:

#### Spese preventivate concordate

Quante:

Quali:



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**

OPERATORE AUSL DI RIFERIMENTO  
RESPONSABILE UO per impegno di spesa



Dipartimento Salute Mentale – Dipendenze Patologiche

ALLEGATO 4 bis

## **SCHEDA DI PROGETTO SOCIOEDUCATIVO DI GRUPPO A FAVORE DI**

**GRUPPO**

**IDENTIFICATIVO PROGETTO**

**IN CARICO AL SERDP**

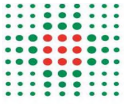
**N. UTENTI PREVISTI**

**ATTIVAZIONE**

**ANNO**

**OPERATORE/I INCARICATO**

**BREVE PRESENTAZIONE GRUPPO (situazione iniziale)**



**Dipartimento Salute Mentale – Dipendenze Patologiche**

**PROGETTO DI CURA DEFINITO DALL 'EQUIPE DI RIFERIMENTO**

Definire il progetto in base alle seguenti tipologie:

***Presa in carico per Intensità di cura:*** Indicativamente, vengono delineate le frequenze dei colloqui per *bassa intensità, media e alta intensità di cura*

**Intensità di cura**

- ***Alta*** (1 colloquio settimanale)
- ***Media*** (1 colloquio ogni 2 settimane)
- ***Bassa*** (1 colloquio ogni 4 settimane)

**Tipologia di progetto**

**Obiettivi**

**Durata progetto**

- **Data inizio:**
- **Data fine:**
- **Settimane:**

**Attività specifiche concordate**

(Dettagliare)

- ***Attività educativa di gruppo (specificare)***
- ***Centro Anzola (specificare)***
- ***Redazione giornale periodico (specificare)***
- ***Laboratorio giornale periodico (specificare)***

**Prestazioni DIRETTE/**

- **Prestazioni DIRETTE:**

Quante:

**INDIRETTE concordate**

Quali:

- **Prestazioni INDIRETTE:**

Quante:

Quali:

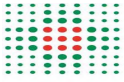
**Spese preventivate concordate**

Quante:

Quali:

**OPERATORE AUSL DI RIFERIMENTO**





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**

RESPONSABILE UO per impegno di spesa



## SCHEMA INVIO SPORTELLO SERDP

Cognome e Nome	
Luogo e data di nascita	
Residenza / Domicilio indirizzo telefono	
Dati permesso di soggiorno	Data di rilascio Motivo del rilascio Data di scadenza
Servizio/Operatore Inviante	SerDP  Operatore di riferimento Altri servizi di riferimento (se presenti indicare l'operatore di riferimento)
Interventi attivi sulla persona	
Obiettivo dell'invio sul breve-medio periodo	
iscrizione al CPI	SI            NO
% di invalidità certificata	
Tipologia di invalidità certificata	
Diagnosi Funzionale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si con mediazione <input type="checkbox"/> si disabilità psichica ( ex art 9 L 68/99) <input type="checkbox"/> si disabilità intellettiva (ex art 13 L68/99)
Altre patologie non certificate con invalidità civile	
Motivazione al lavoro espressa dall'utente	
Funzionamento personale	Funzionamento fisico  Funzionamento sensoriale  Funzionamento psico-motorio  Funzionamento cognitivo
Funzionamento sociale	Funzionamento emotivo-relazionale e del comportamento (tolleranza allo stress, reazioni ad eventi e sollecitazioni...)  Cura della persona  Impatto dei presidi terapeutici e/o meccanici rispetto alle attività

	<p>Competenze Comunicative in lingua italiana</p> <p>Abilità funzionali all'integrazione lavorativa (tenuta, adeguatezza, rispetto delle regole..)</p>
CONDIZIONE SOCIALE	<p>Rete Familiare</p> <p>Rete di prossimità</p> <p>Condizione abitativa</p> <p>Carico familiare</p>
CONDIZIONE ECONOMICA	<p>Reddito personale</p> <p>Reddito del nucleo</p> <p>Esposizione debitoria</p>
OCCUPABILITA'	<p>Condizione Lavorativa (disoccupato, inoccupato, inattivo)</p> <p>Tempo trascorso dall'ultima esperienza di lavoro o tirocinio</p> <p>Esperienze di lavoro o tirocinio pregresse</p> <p>Continuità dei rapporti di lavoro</p> <p>Livello di scolarizzazione</p> <p>Formazione extrascolastica</p> <p>Abilità trasversali ( analizzare e risolvere problemi, assumere decisioni, lavorare in gruppo...)</p> <p>Competenze informatiche</p> <p>Competenze in lingua straniera</p> <p>Mobilità e spostamenti</p> <p>Vincoli allo svolgimento di attività derivanti da condizioni sanitarie e/o sociali</p>



Dipartimento Salute Mentale – Dipendenze Patologiche

**ALLEGATO 7**

## **SCHEDA DI INTERVENTO DI PROMOZIONE ALLA SALUTE**

### **A FAVORE DI...**

**UTENTE / ISTITUZIONE**

**DATA NASCITA/CARTELLA**

**IN CARICO AL SERDP**

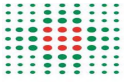
**IN CARICO AL CSM**

**N° ATTIVAZIONE**

**ANNO**

**OPERATORE INCARICATO**

**BREVE PRESENTAZIONE SITUAZIONE / UTENTE/ ISTITUZIONE (situazione iniziale)**



## Dipartimento Salute Mentale – Dipendenze Patologiche

### PROGETTO DEFINITO DALL 'EQUIPE

Definire il progetto in base alle seguenti tipologie:

- 1. Interventi educativi/informativi (giovani e adulti):** bassa, media, alta intensità di intervento
- 2. Counseling individuale o di gruppo:** bassa, media, alta intensità di intervento
- 3. Lavoro di prossimità** (contatti sporadici con utenti senza una presa in carico individuale).

- Interventi educativi informativi** (giovani e adulti)
  - **Alta** (1 colloquio settimanale)
  - **Media** (1 colloquio ogni 2 settimane)
  - **Bassa** (1 colloquio ogni 4 settimane)
- Counseling individuale o di gruppo**
  - **Alta** (1 colloquio settimanale)
  - **Media** (1 colloquio ogni 2 settimane)
  - **Bassa** (1 colloquio ogni 4 settimane)
- Lavoro di prossimità**

#### Tipologia di intervento

#### Obiettivi

#### Durata progetto

- **Data inizio:**
- **Data fine:**
- **Settimane:**

#### Attività specifiche concordate

(Dettagliare)

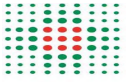
#### Prestazioni dirette/indirette preventivate

(Specificare sempre quanti i  
colloqui e quante/quali prestazioni  
indirette si ipotizzano)

- **Prestazioni DIRETTE:**
  - Quante:
  - Quali:
- **Prestazioni INDIRETTE:**
  - Quante:
  - Quali:

#### Spese preventivate concordate

Quante:  
  
Quali:



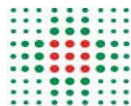
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

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

**Dipartimento Salute Mentale – Dipendenze Patologiche**

OPERATORE AUSL DI RIFERIMENTO

RESPONSABILE UO per impegno di spesa



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche  
Unità Operativa Semplice Dipartimentale Sert Est

**ALLEGATO 8**

**SCHEMA SEGNALAZIONE UTENTE  
(LABORATORIO ARTISTICO ARTIGIANALE)**

**Cognome**

**Nome**

**Data e luogo di  
nascita**

**Residenza**

**Domicilio**

**Recapito telefonico**

**Titoli di studio**

**Esperienze lavorative**

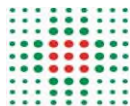
**Tirocini**

**Attuale  
situazione  
abitativa e  
familiare**

**Situazione  
economica**

**Progetto  
terapeutico  
riabilitativo**





Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche  
Unità Operativa Semplice Dipartimentale Sert Est

## Obiettivi dell'inserimento

Nominativo	Operatori di riferimento	
	Ruolo	
Invalidità ottenuta	sì no	percentuale
Eventuale diagnosi psichiatrica		
Patente attiva Operatore segnalante	sì	no

Data compilazione

Data presentazione





**ALLEGATO 10**

**MODULO 1 - PROPOSTA INSERIMENTO IN COMUNITÀ  
O SERVIZIO PER PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Sesso M  F  T  Data e Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Residenza (comune) indirizzo \_\_\_\_\_

Cittadinanza: Italiana  Straniera

Stato Civile: Celibe  Nubile  Coniugato/a  Separato  Convive  Altro \_\_\_\_\_

Titolo di studio: \_\_\_\_\_

Situazione lavorativa: \_\_\_\_\_

Situazione familiare attuale: \_\_\_\_\_

Situazione abitativa attuale: \_\_\_\_\_

Anno presa in carico \_\_\_\_\_ Diagnosi \_\_\_\_\_

Sostanza primaria \_\_\_\_\_ Sostanza secondaria: \_\_\_\_\_

Modalità d'uso: Fumata  Inalata  Iniettata  Orale  Altro negli ultimi tempi \_\_\_\_\_

Trattamenti terapeutici pregressi \_\_\_\_\_

Scompensi psichiatrici: No  Si

Ricoveri psichiatrici: No  Si

Terapia farmacologica attuale: \_\_\_\_\_

Altri servizi coinvolti SerDP  CSM  Altro .....

Obiettivi inserimento: \_\_\_\_\_

Operatore di riferimento	SerDP	Tel
Medico di riferimento	SerDP	Tel

Data

Firma operatore SerDP

---

**ALLEGATO 11**

**MODULO 3 - PROGETTO TERAPEUTICO CONGIUNTO: OBIETTIVI E VALUTAZIONE IN ITINERE**

(da compilare entro due settimane dall'ingresso e verificare almeno 2 volte nell'arco del programma previsto)

Cognome e nome o n° di cartella \_\_\_\_\_ Data della valutazione \_\_\_\_\_

**Obiettivi specifici area sanitaria**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Disintossicazione                                | <input type="checkbox"/> Trattamento prevenzione recidive  |
| <input type="checkbox"/> Adeguamento terapia farmacologica                | <input type="checkbox"/> Monitoraggio aspetti internistici |
| <input type="checkbox"/> Osservazione <i>craving</i> in ambiente protetto | <input type="checkbox"/> Altro _____                       |

**Obiettivi specifici area psicopedagogica**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allontanamento ambiente problematico/familiare           | <input type="checkbox"/> Lavoro sulla genitorialità |
| <input type="checkbox"/> Ri-acquisizione ritmi biologici e stili di vita adeguati | <input type="checkbox"/> Lavoro sulla coppia        |
| <input type="checkbox"/> Osservazione clinica finalizzata alla diagnosi           | <input type="checkbox"/> Altro _____                |
| <input type="checkbox"/> Trattamento prevenzione recidive                         | _____   |

**Obiettivi specifici area socioriabilitativa**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Valutazione, individuazione e/o attivazione di risorse di rete sociale | <input type="checkbox"/> Predisposizione progetto reinserimento |
| <input type="checkbox"/> Coinvolgimento dei familiari da parte della struttura                  | <input type="checkbox"/> Altro (obiettivi personalizzati) _____ |
| <input type="checkbox"/> Coinvolgimento dei familiari da parte del SerDP                        | _____   |

**Tipologie d'intervento**

- |  |  |
|--|--|
| 01 <input type="checkbox"/> Pedagogico-riabilitativa residenziale                                  | 12 <input type="checkbox"/> Progetto integrato personalizzato per cocainomani e nuove dipendenze da sostanze |
| 02 <input type="checkbox"/> Pedagogico-riabilitativa residenziale con borsa lavoro                 | 13 <input type="checkbox"/> Interventi terapeutico-riabilitativi personalizzati                              |
| 03 <input type="checkbox"/> Terapeutico-riabilitativa semiresidenziale                             | 14 <input type="checkbox"/> <i>Time-out</i> del <i>weekend</i>   |
| 04 <input type="checkbox"/> Terapeutico-riabilitativa residenziale                                 | 15 <input type="checkbox"/> Pronto Soccorso Sociale  |
| 05 <input type="checkbox"/> Inserimento madre/bambino  | 16 <input type="checkbox"/> Pronta Accoglienza Alcol   |
| 06 <input type="checkbox"/> Inserimento coppie   | 17 <input type="checkbox"/> Inserimento alcolisti e persone con problemi alcol-correlati                     |
| 07 <input type="checkbox"/> Inserimento per la gestione della crisi e la rivalutazione diagnostica | 18 <input type="checkbox"/> Inserimento persone con disturbi dell'identità di genere                         |
| 08 <input type="checkbox"/> Doppia Diagnosi  | 19 <input type="checkbox"/> Programmi post-residenziali  |
| 09 <input type="checkbox"/> Reinserimento in appartamento protetto                                 | 20 <input type="checkbox"/> Altro _____  |
| 10 <input type="checkbox"/> Reinserimento in appartamento protetto con borsa lavoro                | _____  |
| 11 <input type="checkbox"/> Inserimento giovani consumatori  |  |



Timbro Ente Accreditato

### MODULO 3 - PROGETTO TERAPEUTICO CONGIUNTO: OBIETTIVI E VALUTAZIONE IN ITINERE

#### Verifica obiettivi di area

Area Sanitaria \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Area psico-pedagogica \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Area socio-riabilitativa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Risorse e limiti psicologici/relazionali \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aggiornamenti significativi (es. integrazioni alla diagnosi, nuovi operatori coinvolti...) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prossima verifica prevista per il \_\_\_\_\_

Utente		Firma
_____		_____

Operatore referente per la struttura	Ente	Firma
_____		_____

Operatore referente per il SerDP	SerDP	Firma
_____		_____

## ALLEGATO 12

PRESTAZIONI	TIPOLOGIA	INDICATORI
Altre attività finora non previste	indiretta	
assistenza fase disintossicazione	diretta	
Attivazione di intervento economico e/o assistenziale del privato-sociale/	indiretta	
Appuntamento mancato/disdetto troppo tardi dall'utente	diretta	
Appuntamento disdetto da operatore	indiretta	
Attività di accompagnamento/segretariato sociale/amministrativo	diretta	
Attività nell'ambito del disagio abitativo	indiretta	
Colloquio	diretta	
Colloquio di accettazione	diretta	
Colloquio di sostegno sociale	diretta	
Colloquio di verifica sull'andamento del programma terapeutico	diretta	
Discussione del caso con colleghi	indiretta	
Discussione del caso in équipe	indiretta	
Incontro di gruppo di sostegno con operatore	diretta	
incontro di gruppo informazione lavoro	diretta	
incontro di UVM	indiretta	
Inserimento in struttura residenziale o semiresidenziale	indiretta	
Intervento area inserimento lavoro	indiretta	
Intervento di segretariato sociale professionale	diretta	
Intervento economico e/o assistenziale	indiretta	
Intervento educativo non strutturato	diretta	
Intervento educativo strutturato	diretta	
Intervento in Area Carceraria	indiretta	
Intervento in area giudiziaria (esclusa la Carcerazione)	indiretta	
Intervento in collaborazione con altro servizio AUSL	diretta	
Intervento in cooperazione istituzioni territorio	diretta	
Interventi inerenti la Prefettura	indiretta	
Intervento per pensione di invalidità	diretta	
Intervento per recupero scolastico	diretta	
Intervento sui familiari in assenza dell'utente	diretta	
Intervento sui familiari insieme all'utente	diretta	
Invio ad altro servizio AUSL	indiretta	
Invio ad altro servizio dipendenze	indiretta	
Relazione	indiretta	
Stesura progetto e contrattualità concordati con l'utente e con la sua famiglia	diretta	
Telefonata significativa con operatori	indiretta	
Telefonata significativa con paziente o familiari	indiretta	
Verifica programma riabilitativo presso struttura residenziale o semiresidenziale	diretta	
Visita sociale domiciliare	diretta	