

CODIFICAZIONE UTENTI

(Mod.SILL-000-2021/ULSS)

CODICE UTENTE DA ATTRIBUIRE AL 1° INCONTRO

Al primo incontro, l'AS attribuisce come prima cosa il CODICE UTENTE (CU).

Il CU è un codice alfanumerico che serve a personalizzare i moduli e il materiale relativo ad ogni singolo utente, senza abbinare i dati sensibili, anche sanitari, ad una persona identificabile.

A partire dal modulo *Mod.SILL-001-2021/FAM* è riportata la sua base di compilazione, che risulta

 / UOSD/ - -202 /

Come si compone?

<u> </u> <u> </u>	Iniziali del Nome e Cognome Utente
UOSD	Sigla stabile che identifica l'Unità Semplice
/ <u> </u>	Indicare B=Belluno; F=Feltre; A=Agordo; C=Cadore
<u> </u> <u> </u> <u> </u>	Numero progressivo a 3 cifre di CIASCUN ASSISTENTE SOCIALE. Ogni AS segue una sua numerazione interna, senza doversi coordinare con gli altri AS
202 <u> </u>	Indicare ultima cifra dell'anno in corso
<u> </u> <u> </u>	Indicare Le Iniziali del Nome e Cognome dell'Assistente Sociale che apre la pratica interna

Esempio di compilazione

Utente Mario Rossi, che incontra l'AS Rosaria Rossi del Cadore, nel 2021, ed è il 23° utente che questa AS incontra per l'avvio di pratica.

Il suo CU sarà:

MR/UOSD/C-023-2021/RR

VERBALE DI VERIFICA

(Mod.SILL-001-2021/ULSS)

COGNOME	
NOME	
NATO/A IL	
NATO/A A	
RESIDENTE A	
IN VIA	
DOMICILIO (se diverso dalla residenza)	
TELEFONO CELLULARE	
TELEFONO FISSO	
INDIRIZZO MAIL	

ASSEGNAZIONE CU

___/UOSD/___-___-202___/___

PROVENIENZA

- SSD
- SIS / EV
- SIL
- SERVIZIO DI SALUTE MENTALE
- altro _____
- altro _____

CU: ___/UOSD/___-___-202___/___

SCHEDA DI PRIMO INCONTRO

(Mod.SILL-001A-2021/FAM)

UOSD SIL

FAMIGLIA PRESENTE ALL'INCONTRO SI NO

RICHIESTE DELLA FAMIGLIA _____

INFORMAZIONI GENERALI

DIAGNOSI

INVALIDITÀ CIVILE _____ %

LEGGE 104/92 SI NO

SITUAZIONE GIURIDICA Interdetto Non Interdetto

Tutore/Amministratore/Curatore _____

TEL. CELLULARE	MAIL ORDINARIA
TEL. FISSO	PEC

AMBIENTE E RETE SOCIALE

CONDIZIONE ABITATIVA (barriere, salubrità dell'ambiente, etc...)

MEZZI DI TRASPORTO DISPONIBILI

RETE SOCIALE PRESENTE (indicare SI/NO)

PARENTI	AMICI	PARROCCHIA	VICINATO	ASSOCIAZIONE	altro (specificare)

SITUAZIONE ECONOMICA

VERBALE 1° INCONTRO CON UTENTE

(Mod.SILL-001B-2021/FAM)

VERBALE DI 1° INCONTRO

ASSISTENTE SOCIALE PRESENTE	
eventuale ALTRA FIGURA DI SUPPORTO PRESENTE _____ (specificare)	

Il giorno _____ alle ore _____ secondo luoghi e modalità concordati direttamente con l'utente e/o la sua famiglia per le vie brevi, si è svolto il 1° incontro di raccolta dati e conoscenza dell'utente stesso, ai fini di una presa in carico da parte dell'UOSD, come da contenuti riportati nel *Mod.SILL-001A-2021/FAM* e che costituisce parte integrante del presente verbale. Per necessità di integrazione, si riportano in aggiunta le seguenti note e osservazioni già comunicate a voce:

L'AS procederà come previsto alla convocazione del team di osservazione, al fine di garantire una tempestiva e accurata presa in carico dell'utente.

Documenti allegati al presente verbale:

Mod.SILL-001A-2021/FAM e suoi allegati

altro _____

Data _____

Firma AS compilatore _____

Data _____

Firma UTENTE *(a discrezione)* _____

Data _____

2° firma di RICEVUTA _____

(Nome e Cognome + LETTERA Funzione)

(indicare una lettera come da elenco C=curatore, A=amministratore, T=tutore, G=genitore, FR=fratello/sorella, NO=nonno/a, ND=nipote diretto, NI=nipote indiretto, NU=genero/nuora, AL=altro familiare (specificare))

CONVOCAZIONE 1° INCONTRO DI TEAM

(Mod.SILL-002-2021/ULSS)

CONVOCAZIONE

ASSISTENTE SOCIALE CONVOCANTE <input type="checkbox"/> SSD <input type="checkbox"/> SIL	
PSICOLOGO/A CONVOCATO/A <input type="checkbox"/> SSD <input type="checkbox"/> SIL	
EDUCATORE/TRICE CONVOCATO/A <input type="checkbox"/> SSD <input type="checkbox"/> SIL	
ALTRA FIGURA DI SUPPORTO CONVOCATA _____ (specificare)	

PER IL GIORNO _____ ALLE ORE _____

in presenza presso _____

online al link _____

telefonica con chiamata di gruppo _____

con formula mista (*barrare quanto necessario dalla lista sopra*)

Documenti allegati alla presente convocazione:

Mod.SILL-001A-2021/FAM e suoi allegati, in particolare:

piano terapeutico

altro _____

Scheda Sva.M.Di.

valutazione precedente servizio/specialista (specificare) _____

altro _____

altro _____

Data _____

Firma AS convocante _____

VERBALE 1° INCONTRO TEAM

(Mod.SILL-002A-2021/ULSS)

VERBALE DI TEAM DI OSSERVAZIONE

ASSISTENTE SOCIALE PRESENTE	
EDUCATORE/TRICE PRESENTE	
PSICOLOGO/A PRESENTE	
ALTRA FIGURA DI SUPPORTO PRESENTE/CONSULTATA _____ (specificare) Se non convocata originariamente, indicare il motivo dell'inserimento	

Il team sopra indicato, riunito il giorno _____ alle ore _____ secondo luoghi e modalità indicati nel *Mod.SILL-002-2021/ULSS* di convocazione, verbalizzano le seguenti note e osservazioni:

VALUTAZIONE ASSISTENTE SOCIALE

(Mod.SILL-002A1-2021/AS)

RELAZIONE DI VALUTAZIONE

ASSISTENTE SOCIALE	
--------------------	--

Relazione di valutazione utente, per quanto di competenza:

Questa relazione e i suoi allegati verranno condivisi col team incaricato e messi agli atti come parte integrante del verbale *Mod.SILL-002B1-2021/ULSS* di valutazione finale.

Eventuali Documenti allegati alla presente relazione di valutazione:

altro _____

altro _____

Data _____

Firma AS compilatore _____

VALUTAZIONE PSICOLOGO/A

(Mod.SILL-002A2-2021/PSI)

RELAZIONE DI VALUTAZIONE

PSICOLOGO/A

Relazione di valutazione utente, per quanto di competenza:

Questa relazione e i suoi allegati verranno condivisi col team incaricato e messi agli atti come parte integrante del verbale *Mod.SILL-002B1-2021/ULSS* di valutazione finale.

Eventuali Documenti allegati alla presente relazione di valutazione:

altro _____

altro _____

Data _____

Firma PSI compilatore _____

VALUTAZIONE EDUCATORE/TRICE

(Mod.SILL-002A3-2021/EDU)

RELAZIONE DI VALUTAZIONE

EDUCATORE/TRICE

Relazione di valutazione utente, per quanto di competenza:

Questa relazione e i suoi allegati verranno condivisi col team incaricato e messi agli atti come parte integrante del verbale *Mod.SILL-002B1-2021/ULSS* di valutazione finale.

Eventuali Documenti allegati alla presente relazione di valutazione:

altro _____

altro _____

Data _____

Firma EDU compilatore _____

CONVOCAZIONE VALUTAZIONE FINALE TEAM

(Mod.SILL-002B-2021/ULSS)

CONVOCAZIONE	
ASSISTENTE SOCIALE CONVOCANTE	
PSICOLOGO/A CONVOCATO/A	
EDUCATORE/TRICE CONVOCATO/A	
ALTRA FIGURA DI SUPPORTO CONVOCATA _____ (specificare)	

- PER IL GIORNO _____ ALLE ORE _____
- in presenza presso _____
- online al link _____
- telefonica con chiamata di gruppo _____
- con formula mista (barrare quanto necessario dalla lista sopra)

Documenti allegati alla presente convocazione:

- Mod.SILL-002A1-2021/AS e relativi allegati
- Mod.SILL-002A2-2021/PSI e relativi allegati
- Mod.SILL-002A3-2021/EDU e relativi allegati
- eventuale relazione di valutazione di servizio/specialista esterno, se richiesta
(specificare) _____
- altro _____

Data _____

Firma AS convocante _____

VERBALE FINALE VALUTAZIONE CONGIUNTA TEAM

(Mod.SILL-002B1-2021/ULSS)

VERBALE FINALE VALUTAZIONE CONGIUNTA DI TEAM

ASSISTENTE SOCIALE PRESENTE	
EDUCATORE/TRICE PRESENTE	
PSICOLOGO/A PRESENTE	
ALTRA FIGURA DI SUPPORTO PRESENTE _____ (specificare) Se non convocata originariamente, indicare il motivo dell'inserimento	

Il team sopra indicato, riunito il giorno _____ alle ore _____ secondo luoghi e modalità indicati nel *Mod.SILL-002B-2021/ULSS* di convocazione, verbalizzano la seguente valutazione finale congiunta:

INDAGINE DI DISPONIBILITÀ ACCOGLIENZA UTENTE

(Mod.SILL-003-2021/COOP)

INDAGINE DI DISPONIBILITÀ

CU UTENTE	___/UOSD/___-___-202___/___
COOPERATIVA A CUI L'INDAGINE È RIVOLTA	
COGNOME e NOME del REFERENTE	
TELEFONO CELLULARE / FISSO	
INDIRIZZO MAIL	

Avendo individuato nella Cooperativa sopra menzionata il soggetto più adatto a rispondere alle esigenze dell'utente sotto osservazione, si richiede indagine di verifica di disponibilità all'accoglienza. A scopo valutativo rispetto all'operatività di codesta Cooperativa, si inviano i seguenti documenti

- Mod.SILL-001A-2021/FAM e relativi allegati
- Mod.SILL-002B1-2021/ULSS e relativi allegati (relazioni)
- altro _____

Data _____

Firma AS richiedente _____

Spazio da compilarsi a cura della Cooperativa

Conferma della disponibilità all'accoglienza sì no

Motivazioni in caso di rifiuto:

Data _____

Firma Referente Cooperativa _____



VERBALE DI IPOTESI DI PERCORSO PERSONALIZZATO (PP)

(Mod.SILL-004A-2021/FAM)

FAMIGLIA PRESENTE ALL'INCONTRO SI NO

IPOTESI DI PERCORSO PERSONALIZZATO (PP)

GIORNO E ORA DELL'INCONTRO	
COOPERATIVA CHE HA CONFERMATO LA DISPONIBILITÀ ALL'ACCOGLIENZA	

SVOLGIMENTO DELL'INCONTRO (barrare i contenuti rilevanti toccati nel corso dell'incontro)

- presentazione risultati dell'osservazione/valutazione
- presentazione della Cooperativa che ha confermato la disponibilità all'accoglienza
- presentazione del servizio differente dalla Cooperativa _____
- presentazione dell'ipotesi di percorso così sintetizzata:

DOCUMENTI CONSEGNATI ALL'UTENTE/FAMIGLIA



CONSENSI E AUTORIZZAZIONI PER L'AVVIO DEL PERCORSO PERSONALIZZATO

(Mod.SILL-004B-2021/FAM)

CONSENSO E AUTORIZZAZIONI

In riferimento al percorso così come concepito e strutturato dal team ULSS Dolomiti 1, l'utente e il firmatario facente funzioni esplicitano il proprio consenso a...

Data _____

Firma AS _____

Data _____

Firma UTENTE *(a discrezione)* _____

Data _____

2° firma di RICEVUTA _____

(Nome e Cognome + LETTERA Funzione)

(indicare una lettera come da elenco C=curatore, A=amministratore, T=tutore, G=genitore, FR=fratello/sorella, NO=nonno/a, ND=nipote diretto, NI=nipote indiretto, NU=genero/nuora, AL=altro familiare (specificare))

VERBALE DI AVVIO DI PERCORSO PERSONALIZZATO (PP)

(Mod.SILL-006-2021/FAM)

FAMIGLIA PRESENTE ALL'INCONTRO SI NO

AVVIO DI PERCORSO PERSONALIZZATO (PP)

GIORNO E ORA DELL'INCONTRO oppure SEGNALAZIONE INVIO MAIL	
UVMD DI RIFERIMENTO - DATA E NUMERO	

In riferimento all'utente indicato in intestazione, si comunica che si è conclusa la UVMD con i seguenti risultati:

- presa in carico da parte del servizio SSD
- assegnazione per percorso di inserimento in Palestra Occupazionale presso la Cooperativa _____
- assegnazione per percorso di inserimento lavorativo diretto (tramite tirocinio o altre modalità) al SIL di
 - Belluno Agordo Cadore Feltre
- assegnazione CD _____

PROGETTO ITAT3014 CUP B81D1700030007

"Percorsi di integrazione delle persone con disabilità,
attraverso l'abbattimento delle barriere architettoniche, sociali e culturali" – "SILLABUS"

VERBALE DI AVVIO C/O COOPERATIVA DI PERCORSO PERSONALIZZATO (PP)

(Mod.SILL-006A-2021/COOP)

AVVIO DI PERCORSO PERSONALIZZATO (PP)

GIORNO E ORA DELL'INCONTRO oppure SEGNALAZIONE INVIO MAIL	
UVMD DI RIFERIMENTO - DATA E NUMERO	

Spett.le Cooperativa

--

COGNOME e NOME del REFERENTE	
TELEFONO CELLULARE / FISSO	
INDIRIZZO MAIL	

In riferimento all'utente indicato in intestazione, si comunica che si è conclusa la UVMD con i seguenti risultati:

- presa in carico da parte del servizio UOSD
- assegnazione per percorso di inserimento in Palestra Occupazionale presso la Vostra Cooperativa

Note e osservazioni:

--

VERBALE DI AVVIO C/O SIL PERCORSO PERSONALIZZATO (PP)

(Mod.SILL-006B-2021/SIL)

AVVIO DI PERCORSO PERSONALIZZATO (PP)

GIORNO E ORA DELL'INCONTRO oppure SEGNALAZIONE INVIO MAIL	
UVMD DI RIFERIMENTO - DATA E NUMERO	

Spett.le SIL

COGNOME e NOME del REFERENTE	
TELEFONO CELLULARE / FISSO	
INDIRIZZO MAIL	

In riferimento all'utente indicato in intestazione, si comunica che si è conclusa la UVMD con i seguenti risultati:

- presa in carico da parte del servizio SSD
- assegnazione per percorso di inserimento lavorativo diretto (tramite tirocinio o altre modalità) al SIL di
 - Belluno
 - Agordo
 - Cadore
 - Feltre

Note e osservazioni: