

**AZIENDA USL 12 DI VIAREGGIO**  
**REGOLAMENTO INTERVENTI SOCIO-SANITARI di natura economica**  
**in favore di cittadini in carico ai servizi di salute mentale**

**Art. 1** – Il presente regolamento disciplina le modalità di erogazione di interventi socio-sanitari di natura economica in favore di cittadini in carico ai servizi di salute mentale finalizzati a:

- mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita;
- allontanamento della persona dal contesto conflittuale;
- autonomia della persona;
- dignità della persona, lotta allo stigma.

**Art. 2** – Gli interventi oggetto del presente regolamento sono erogati in ottemperanza alle disposizioni nazionali e regionali tempo per tempo vigenti ed in particolare alla legge n. 180/78, al Piano Sanitario Regionale 2008/2010, al Piano Integrato Sociale Regionale 2007/2010, alla L.R. n. 40/2005 e L.R. n. 41/2005, alla Delibera G.R.T. n. 580/2009, al DPCM /2001.

**Art. 3** - Gli interventi oggetto del presente regolamento sono finalizzati a:

- individuare soluzioni abitative sostitutive in attesa di una vera e propria soluzione alloggiativa;
- fornire il supporto educativo-assistenziale intensivo per il recupero dell'equilibrio emotivo-relazionale;
- assicurare un intervento economico straordinario a sostegno di problematiche di vita quotidiana, per il supporto all'autonomia e per l'acquisto di farmaci non dispensati dal SSN ma comunque ritenuti necessari dal medico specialista dell'Azienda che ha in carico l'utente;
- fornire il supporto economico per esperienze di formazione o di frequenza/recupero scolastico ecc.

**Art. 4** – Possono accedere agli interventi socio-sanitari gli utenti in carico ai servizi di salute mentale assistiti e residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda per i quali sia stato predisposto a cura dell'equipe multidisciplinare di riferimento un progetto individualizzato che preveda le prestazioni di cui all'art.3 e che versano in condizioni economiche tali da non garantire la realizzazione di obiettivi rispondenti alle finalità indicate nell'art. 1.

**Art. 5** – La proposta di erogazione del contributo è predisposta dall'equipe di riferimento ed è inviata al coordinatore del Gruppo di Lavoro "Inclusione Sociale" corredata dai seguenti documenti, opportunamente compilati i cui facsimile sono allegati al presente regolamento:

- scheda socio-sanitaria (mod. C);
- scheda aggiornamento/rinnovo progetto (mod. D);
- scheda per la proposta di contributo economico (mod. E);
- autocertificazione redditi personali

Il coordinatore del Gruppo di Lavoro "Inclusione Sociale" e l'assistente sociale referente per la Salute Mentale, valutata la congruità della richiesta, provvederanno ad autorizzare l'intervento tenendo conto della disponibilità finanziaria e definendo l'entità e la durata del contributo.

**Art. 6**– L'importo complessivo da destinare ai suddetti contributi è correlato al Budget annuale destinato a tali interventi.

**Art. 7** – Il contributo economico viene liquidato mensilmente al diretto interessato o ad un suo delegato tramite pagamento per cassa o accredito sul conto corrente.

**Art. 8** – È facoltà dell'Azienda sospendere o revocare l'intervento in ogni momento con provvedimento motivato qualora sia rilevata una variazione della condizione socio-economica del soggetto fruitore e/o dei componenti del nucleo familiare abbandono del progetto personalizzato.

**SCHEDA SOCIO-SANITARIA**

DATI ANAGRAFICI alla data del.....

Nome e cognome:
Luogo e data di nascita:
Residenza/domicilio:
Codice Fiscale:
Telefono:

**INVALIDITA'**

Percentuale :	acc.	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	rivedibile
L.104/92:	Data:		H <input type="checkbox"/>	H3 <input type="checkbox"/>

**SCOLARITA'**

Analfabeta <input type="checkbox"/>	Lic. elem. <input type="checkbox"/>	Lic. Media <input type="checkbox"/>
Diploma sup. <input type="checkbox"/>	Laurea <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>

**LAVORO**

L.68/99	Data
Collocabile	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Iscrizione collocamento:	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Data:

Interdizione <input type="checkbox"/>	Inabilitazione <input type="checkbox"/>	Amministratore di sostegno <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---	---

**INVIATO DAL SERVIZIO DI:**

<input type="checkbox"/> Salute mentale	<input type="checkbox"/> Comune di
<input type="checkbox"/> Disabilità	<input type="checkbox"/> Ministero G. G.
<input type="checkbox"/> Dipendenze	

Equipe: _____
Medico curante: _____

**RICHIESTA DI:**

<input type="radio"/> Inserimento socio-terapeutico <input type="radio"/> Progetto lavoro <input type="radio"/> Osservazione <input type="radio"/> Socializzazione <input type="radio"/> Assistenza Domiciliare <input type="radio"/> Inserimento in struttura	<input type="radio"/> Centro Diurno <input type="radio"/> Contributo economico <input type="radio"/> Abitazione <input type="radio"/> Microcredito <input type="radio"/> Trasporto <input type="radio"/> Sostegno socio-educativo
---	--

**AGGIORNAMENTO/RINNOVO DEL PROGETTO**  
**a cura dell'équipe e degli altri operatori coinvolti nel programma di attività**

**Nome e Cognome** \_\_\_\_\_

**Data e Luogo di nascita** \_\_\_\_\_

Si ridefinisce il progetto perché si sono verificati dei cambiamenti sostanziali nella vita della persona. Quali?

**Ambito familiare:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Salute:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Aspetti relazionali:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Eventi particolari:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_

**SINTESI dei nuovi OBIETTIVI PRIORITARI INDIVIDUATI:**

1)

2)

3)

**Viene quindi definito un nuovo piano di intervento con indicazione di:**

- attività/prestazioni/servizi
- tempi, luoghi ecc.

***Per favorire l'autonomia:*** assistenza domiciliare, inserimento lavorativo, minimo vitale, attività di socializzazione, centro diurno, sostegno educativo.....

***Per evitare/limitare l'isolamento:*** attività socializzanti territoriali e non, inserimento lavorativo, formazione, assistenza domiciliare, sostegno psicologico, centro diurno.

***Per mantenere/reinserire o allontanare dal nucleo familiare:*** Gruppo ascolto, allontanamento temporaneo, assistenza domiciliare, centro diurno, sostegno educativo, inserimento lavorativo, sostegno psicologico, adeguamento dell'ambiente.....

***Per favorire l'autostima:*** lavoro, relazioni, sostegno psicologico, sviluppo e sostegno delle capacità, attività protette/facilitanti, casa, assistenza domiciliare, sostegno educativo

***Per aiutare nella gestione/superamento della crisi:*** sostegno psicologico, sostegno alla famiglia da definire, assistenza domiciliare, sostegno educativo, centro diurno, ricovero in struttura.....

- Osservazione:

\_\_\_\_\_

- assistenza domiciliare:

\_\_\_\_\_

- sostegno educativo :

\_\_\_\_\_

- centro diurno:

\_\_\_\_\_

- inserimento in struttura:

\_\_\_\_\_

- visita domiciliare infermieri:

\_\_\_\_\_

- colloqui con lo psichiatra/specialista :

\_\_\_\_\_

- attività socializzanti:

\_\_\_\_\_

- inserimento lavorativo /borsa lavoro:

\_\_\_\_\_

- altro:

\_\_\_\_\_

• \_\_\_\_\_

• \_\_\_\_\_

• \_\_\_\_\_

• \_\_\_\_\_

• \_\_\_\_\_

• \_\_\_\_\_

• \_\_\_\_\_

• \_\_\_\_\_

**Equipe:**

**FIRME**

<b>Assistente sociale</b>	
<b>Psichiatra</b>	
<b>Educatore professionale</b>	
<b>Psicologo</b>	
<b>Medico curante</b>	
<b>Altro operatore</b>	

**Data** \_\_\_\_\_

**SCHEDA PER PROPOSTA CONTRIBUTO ECONOMICO**

Cognome e Nome _____
Luogo e data di nascita _____
Residenza _____
C.F.: _____

Motivo della richiesta:

Eventuale compartecipazione comunale:

<b>Proposta:</b>	
€..... _____	Periodo: _____
€..... _____	Periodo: _____

<b>Delega alla riscossione:</b>	
Nome e Cognome _____	
Indirizzo _____	
Modalità accredito: _____	
Qualifica: <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> Care Giver <input type="checkbox"/> Altro	

Data \_\_\_\_\_

Firma Ass. Sociale \_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE:**


**FIRMA** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_