

ASL VCO – SOC SALUTE MENTALE TERRITORIALE
PROGETTO INDIVIDUALE DI ATTIVAZIONE SOCIALE SOSTENIBILE

Convenzione stipulata in data /..... /..... numero:

Soggetto Attuatore

Ragione/denominazione sociale **ASL VCO**
Indirizzo **VIA MAZZINI 117**
Comune **OMEGNA** Provincia (**VB**) CAP **28887**
Codice fiscale: **00634880033**
Partita I.V.A.:

Rappresentato dal Referente SOC Servizio Salute Mentale Territoriale Dott. **Giovanni Geda** nato a Andorno Micca il 20/09/1953 e domiciliato per la carica presso la sede legale del DSM

Referente nominato dal soggetto attuatore:

- Dirigente Medico Responsabile Clinico del PTI (Piano di Trattamento Individuale)

Riferimenti operativi PASS (staff riabilitativo del DSM ASL VCO):

- Dirigente Medico Responsabile Clinico Riabilitazione Psichiatrica DSM ASL VCO
- Assistente sociale (supporto al PASS)
- Educatore professionale o Infermiere Professionale (tutor educativo PASS)

E-Mail

Soggetto ospitante

Ragione/denominazione sociale
Sede prevalente di attività
Indirizzo
Comune Provincia **VB** CAP.....
Codice fiscale:
Partita I.V.A.:
Rappresentato da: nato a il
In qualità di

Tutor nominato dal soggetto ospitante:

Nome Cognome
e-mail

Beneficiario del P.A.S.S.

Nome e Cognome Sesso **MF**

Indirizzo

Comune Provincia **VB** CAP.....

Codice fiscale:

Titolo di studio:

Stato occupazionale:

Descrizione sintetica delle principali condizioni di disagio e/o di bisogno individuate:

Il soggetto si trova attualmente in una condizione di fragilità personale e nell'impossibilità di svolgere attività produttive economicamente rilevanti e per cui non è possibile avviare un percorso finalizzato all'inserimento lavorativo o di inclusione sociale ai sensi della normativa vigente. Tuttavia dimostra disponibilità relazionali tali da consentire un inserimento nella vita sociale attiva.

Eventuali certificazioni di disabilità:

.....
.....

Motivazioni dell'inserimento del soggetto nel P.A.S.S. :

Il PASS è stato individuato quale strumento a supporto del progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato nell'acquisizione dei diritti di cittadinanza.

Altre motivazioni:

.....
.....

Durata del P.A.S.S. n. mesi data inizio data fine

Modalità di svolgimento:

Svolgimento di generiche attività a supporto del personale presente finalizzato all'attuazione degli scopi dell'azienda.

Impegno orario settimanale complessivo: l'orario previsto nel corso della settimana sarà concordato in base alle esigenze del soggetto ospitante, del servizio inviante, dell'utente; nel rispetto dell'orario massimo stabilito (max 25 h.)

Articolazione dell'impegno orario settimanale presso il luogo di attività:

Lunedì

Martedì

Mercoledì

Giovedì

Venerdì

Sabato

Domenica

Posizione assicurativa:

Posizione I.N.A.I.L.: pos. N. **91087379/81**

Responsabilità Civile posizione n.: **Polizza "Primary" n. 1858949 – Polizza "Ecess Layer" n. Z068563**

Compagnia di Assicurazione: **Programma Assicurativo Regionale per i Rischi Sanitari: Livello "Primary"**

assicurato da LLOYD's NEW LINE GROUP e Livello "Excess Layer" assicurato con ZURICH INSURANCE Company S.a.

Eventuale sussidio economico corrisposto: €

Modalità di corresponsione:

Obiettivi previsti:

Fase 1:

Presentazione del candidato al soggetto ospitante, conoscenza del contesto, del tutor e dei colleghi, luoghi e spazi, attrezzature, attività produttive specifiche e regole fondamentali interne.

Indicatori di verifica utilizzati:

Verifica del riconoscimento dei ruoli presenti nel contesto, delle loro mansioni e responsabilità. Individuazione delle specificità e adeguamento nella quotidianità ad orari, compiti assegnati.

Fase 2:

Acquisizione di competenze, riconoscimento del ruolo del candidato all'interno del gruppo di riferimento.

Indicatori di verifica utilizzati:

Verifica della costruzione di una relazione positiva con colleghi e responsabili, riconoscimento reciproco delle competenze, potenzialità e criticità.

Fase 3:

Mantenimento delle competenze socio-lavorative acquisite, consapevolezza del proprio ruolo attivo all'interno del gruppo con feedback positivo da parte dello stesso.

Indicatori di verifica utilizzati:

Verifica delle capacità di riconoscimento di: 1) proprie potenzialità/limiti rispetto ai compiti assegnati, 2) utilizzo delle figure di riferimento per la risoluzione di eventuali problemi/conflitti 3) possibilità di interessare relazioni significative all'interno del gruppo.

Luogo: data di sottoscrizione.....

C.S. M. fax mail

Dirigente Medico Responsabile Clinico del PTI (Piano di Trattamento Individuale)

Il Dirigente Medico Responsabile Clinico della Riabilitazione Psichiatrica del DSM ASL VCO

Per il Soggetto attuatore, il Referente SOC Salute Mentale Territoriale Dott. Giovanni Geda

Soggetto ospitante

Beneficiario del P.A.S.S.