



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.54111 0324.49111 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

Allegato F) alla deliberazione n. ²²⁵ del **14 AGOSTO 2012**

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Direttore Dott. Giorgio Farina

SOC SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE

Direttore Dott. Giorgio Farina

Sede legale: Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)

Sede Operativa Omegna Tel 0323 887010 Fax 0323 887009 e-mail salutementale.om@aslvco.it
Sede Operativa Verbania Tel 0323 541548 Fax 0323 541288 e-mail : psichiatriaverbania@libero.it
Sede Operativa Domodossola Tel 0324 491328-331 Fax 0323 491314 e-mail : salutementale.do@aslvco.it

“PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO INDIVIDUALE”

Intake riabilitativo: articolazione progettuale

Equipe riabilitativa CSM/CD di.....

Sig.....nato il.....

residente a.....Via.....tel.....

Medico inviante dell'ambulatorio Dr.....

Assistente Sociale di riferimento.....

Infermiere ambulatoriale di riferimento.....

Articolazione del progetto terapeutico-riabilitativo

1. obiettivi del progetto



www.regione.piemonte.it/sanita



Sistema Sanitario Regionale del Piemonte



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)

Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020

e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

2. durata

3. azioni da attivare

4. strumenti/risorse da attivare

- **della riabilitazione**

- **del territorio**

- **della famiglia**

- **altro**

5. luoghi nei quali articolare il progetto

6. impegni previsti per l'utente



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634860033

7. operatore/i riabilitazione assegnati

8. definizione degli oneri e degli impegni economici

9. data di avvio del progetto

10. data di conclusione del progetto

11. tempi e modi di verifica verifica semestrale con il medico ambulatoriale inviante, verifiche interne all'equipe riabilitativa con supervisione clinica del progetto

Data.....

il Case Manager del progetto riabilitativo:.....

Il Dirigente Medico Responsabile
dell'Equipe riabilitativa e dell'attuazione del progetto riabilitativo