

		<b>PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO E LA CONTINUITA' TERAPEUTICA NEGLI ADOLESCENTI</b>	<b>Dipartimento di salute Mentale</b>  <b>Servizi Psichiatrici Territoriali</b> <b>U.O. SPDC</b> <b>Servizio di Neuropsichiatria</b> <b>Infantile</b>
		<b>Azienda Ulss n. 8</b>	Revisione n. 0 Prossima revisione prevista per: febbraio 2013
Documento redatto da <b>Dr. Mauro Polacco</b> <b>A.s. S. Ceschel</b> Data: 22/06/2009 prot. n. 2010/45853		Verificato dai Responsabili dei Servizi Psichiatrici Territoriali distretto n. 1 e n. 2 e SPDC <b>Dr. G. Salce – Dr. O.M. Galvano</b> <b>D.ssa A. Vallerini</b> data: 11.02.2010	Approvato  <b>Dr A. Gemma</b> Data: 22/02/2010

### **Definizione della procedura**

L'organizzazione dei Servizi dell'Ulss n. 8 stabilisce che, al compimento del diciottesimo anno per i casi che non abbiano concluso il percorso terapeutico, vi sia il passaggio dal Servizio di Neuropsichiatria Infantile all'Ambulatorio Adolescenti Giovani Adulti. Affinché ciò si realizzi pienamente le informazioni relative agli interventi di ciascuna figura professionale, che documentano la storia e l'evoluzione di ogni singolo caso, vengono trasmesse, seppur in modo sintetico, nella loro completezza.

### **Scopo della procedura**

La presa in carico è uno dei momenti fondamentali per l'impostazione e il mantenimento del rapporto tra curanti e pazienti. E' un processo che richiede particolare attenzione nelle fasi di passaggi evolutivi di particolare significatività, come è quello tra adolescenza ed età adulta. Ciò permette di non perdere il patrimonio di informazioni raccolto nel tempo, consentendo inoltre ai pazienti e alle loro famiglie di sentire una continuità sempre importante in un rapporto di cura.

### **Modalità operative**

Viene trasmessa dal Servizio di Neuropsichiatria Infantile all'A.A.G.A una scheda contenente informazioni generali, anamnesi e valutazione di ciascuna figura professionale intervenuta sul caso specifico.

Allegati

Scheda operativa

**REGIONE VENETO ULSS N. 8**  
**SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE - AMBULATORIO ADOLESCENTI**  
**GIOVANI ADULTI**  
**SCHEMA TRASMISSIONE INFORMAZIONI**



S.N.P.I.

A.A.G.A

**PRESA IN CARICO**

COGNOME NOME:	DATA DI NASCITA:
SEDE DI VALUTAZIONE:	DATA:

Sesso	1 <input type="checkbox"/> M	2 <input type="checkbox"/> F	
Stato civile	1 <input type="checkbox"/> celibe/nubile	2 <input type="checkbox"/> coniugato	3 <input type="checkbox"/> vedovo    4 <input type="checkbox"/> separato /divorziato
Tutore	1 <input type="checkbox"/> si	2 x no	Cognome e nome _____
Curatore	1 <input type="checkbox"/> si	2 <input type="checkbox"/> no	Cognome e nome _____
Amministratore di sostegno	1 <input type="checkbox"/> si	2 <input type="checkbox"/> no	Cognome e nome _____
TESS.SAN.	ES. TICKET	COD.FISCALE	
RESIDENZA: Via	TEL.		
COMUNE DI	PROVINCIA		
MEDICO CURANTE:	Tel.		

**Composizione famiglia**

Cognome e nome	Grado di parentela	Data di nascita	Professione
1.			
2.			
3.			
4.			

**PERCORSO RIABILITATIVO – S.N.P.I.**

Data primo accesso al SNPI _____ Segnalante _____
Motivo della segnalazione _____
Pediatra o MMG _____

Medico Specialista \_\_\_\_\_

Prima Diagnosi \_\_\_\_\_

---

**FIGURE COINVOLTE**

<input type="checkbox"/> neuropsichiatra infantile	<input type="checkbox"/> psicomotricista
<input type="checkbox"/> foniatra	<input type="checkbox"/> Logopedista
<input type="checkbox"/> fisiatra	<input type="checkbox"/> fisiochinesiterapista
<input type="checkbox"/> psicologo	<input type="checkbox"/> assistente sociale
<input type="checkbox"/> educatore	_____

Allegare relazione di sintesi specialistica inerente gli interventi realizzati dalle figure professionali coinvolte nel percorso riabilitativo.

**PERCORSO SCOLASTICO**

	Con sostegno	Con addetto assistenza	Speciale
1 <input type="checkbox"/> scuola materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/> scuola elementare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/> scuola media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/> centro formazione professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/> scuola media superiore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 <input type="checkbox"/> laurea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 <input type="checkbox"/> Stage di formazione lavorativa	<input type="checkbox"/> con la scuola	<input type="checkbox"/> con il SIL	<input type="checkbox"/> con la Provincia

Note:

**ESPERIENZE LAVORATIVE**

Iscritto alle liste L. 68/99      1 ☐ sì      2 ☐ no

Se sì ultima esperienza lavorativa c/o \_\_\_\_\_      1 ☐ sì      2 ☐ no

Qualifica \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ Al \_\_\_\_\_      ☐ tuttora in corso

Ulteriori esperienze lavorative

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

#### ESPERIENZE IN COMUNITA' RESIDENZIALI

---

---

---

---

#### ESPERIENZE IN CENTRI DIURNI

---

---

---

---

#### AFFIDI TEMPORANEI

---

---

---

---

#### PERCORSI DI ALTERNANZA SCUOLA/LAVORO E TIROCINI SOCIALIZZANTI

---

---

---

---

---

---