



Comunità Terapeutiche
Via Cernaia, 61
10024 Moncalieri (TORINO)
Tel. 011 6824211
Fax: 011 6406897
ilporto.onlus@ilporto.org
www.ilporto.org

Sede Legale e Amministrativa
Via Petrarca, 18 Moncalieri (TO)
C.F. : 98014020170
P.Iva: 07478130011

Presidente
Dr. ssa Cristiana Meroni
cristianamc@AAAspa.it

Governante della Casa
Dr.ssa Federica Bileci
f.bileci@ilporto.org

Servizio Accettazione e Psicodiagnosi
Responsabile
Dr.ssa Patrizia Giannini
p.giannini@ilporto.org
Tel. 011 6824250 e
Fax 0116824249
servizioaccettazione@ilporto.org

S.R.P. 1 CASA MADRE
per i Disturbi Psicotici e Disturbi di Personalità :
Responsabile Clinico
Dr.ssa Antonella Bertorello
Responsabile d'equipe
Dr. Alessandro Cerri
responsabilecasamadre@ilporto.org
Tel. 011 6824220/1
Consulente Familiare
Dr.ssa Rosangela Solofrizzo
r.solofrizzo@ilporto.org
Tel. 011 6824265

S.R.P1 SCUDERIE
per i Disturbi di Personalità:
Responsabile Clinico
Dr.ssa Federica Migliore
Responsabile d'equipe
Dr. Nicola Pirisino
responsabilescuderie@ilporto.org
Tel. 011 6824230/1
Consulente Familiare
Dr.ssa Tania Pol
t.pol@ilporto.org
Tel. 011 6824265

SRP2.2 Unità di reinserimento
UNITA' DI FASE AVANZATA e
S.R.P. 3.3 GRUPPO APPARTAMENTO
Responsabile d'equipe
Dr.ssa Alessandra Verardo
ufa@ilporto.org
Tel. 011 6824240

Servizio Infermeria
Dott. Emanuele Ottavis
Tel 0116824240
Infermeria@ilporto.org

Amministrazione
Segretario Generale
Dr. Walter Bosio
w.bosio@ilporto.org
Tel. 011 6824260

Amministrazione Personale
Dr. Vadis Cappa
v.cappa@ilporto.org

Contabilità e Bilancio
Rag. Angela Palmisano
a.palmisano@ilporto.org
Rag. Daniela Valva
d.valva@ilporto.org
Tel.0116824261
Fax 0116479657

MODULO AVVIO INSERIMENTO **UTENTE PRESSO IL PORTO ONLUS**

Pratica di inserimento

In merito al Vostro contatto del _____, per avviare la pratica di valutazione inserimento dell'utente, sig. _____, ed effettuare i colloqui necessari, chiediamo cortesemente **la completa compilazione aggiornata** del seguente documento che vi preghiamo restituirci al più presto in copia firmata tramite mail (servizioaccettazione@ilporto.org e p.giannini@ilporto.org).

Al fine della presa in carico della richiesta di inserimento presso la nostra comunità, abbiamo la necessità di avere alcune informazioni e di richiedervi l'impegno in particolare relativamente ai seguenti elementi specifici.

Dati Utente:

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____

Residenza _____

Codice Fiscale _____

Recapito telefonico ed eventuale mail: _____

Vi preghiamo di inviare le seguenti fotocopie documenti in corso di validità dell'utente:

- **CARTA D'IDENTITA'**
- **CODICE FISCALE**
- **EVENTUALE PASSAPORTO**
- **EVENTUALE PERMESSO DI SOGGIORNO**

IN CASO I DOCUMENTI DI RICONOSCIMENTO (CARTA IDENTITA', CODICE FISCALE, PASSAPORTO, PERMESSO DI SOGGIORNO) SIANO MANCANTI PER QUALCHE MOTIVO, E' NECESSARIO PROVVEDERE ALL'ACQUISIZIONE PRIMA DELL'INGRESSO ED ALLA SPEDIZIONE IN ANTEPRIMA.

Non è per noi possibile occuparci in seguito di eventuali rinnovi di documenti personali scaduti prima dell'inserimento.

Presa in carico clinica da parte del Servizio Psichiatrico:

Curanti di riferimento: _____

Telefono: _____

Fax: _____

Mail: _____

Presa in carico clinica del servizio Ser.T./Ser.D. :

Curanti di riferimento: _____

Telefono: _____

Fax: _____

Mail: _____

Altri riferimenti clinici e recapiti:

Telefono: _____

Fax: _____

Mail: _____

Riferimenti famigliari:

Rapporto di parentela:

Telefono: _____

Mail: _____

Rapporto di parentela:

Telefono: _____

Mail: _____

Situazione giuridica, di cui chiediamo l'invio di documentazione scritta:

Misura giuridica: _____

Termini temporali: _____

Prescrizioni: _____

Altro: _____

Nominativi e recapiti referenti in caso di condizioni giuridiche in corso:

Avvocato: _____

Magistrato di Sorveglianza: _____

Tribunale: _____ Altro: _____

Eventuali Tutele, di cui chiediamo l'invio di documentazione scritta:

Interdizione:

Inabilitazione:

Amministrazione di sostegno:

con Delega alla cura _____

Tutore:

Telefono: _____

Fax: _____

Mail: _____

Amministratore di Sostegno:

Telefono: _____

Fax: _____

Mail: _____

***AL RIGUARDO VI PREGHIAMO DI INVIARCI LA DOCUMENTAZIONE
RELATIVA SENZA LA QUALE NON POTREMO EFFETTUARE
L'INSERIMENTO IN COMUNITA'***

Impegno ad inviare relazione clinica aggiornata e completa di elementi clinico- anamnestici alla ricezione del seguente documento, se non già inviata

Impegno ad inviare Copia Cartella clinica ultimo ricovero ospedaliero significativo, REMS o altro

Impegno ad inviare Progetto Terapeutico Individuale - PTI

Luogo in cui si trova attualmente l'utente: _____

Luogo in cui può essere accolto o riaccolto in caso di dimissione anticipata rispetto al fine del percorso comunitario: _____

Richiesta inserimento presso (barrare struttura prescelta; ci riserviamo di valutare la congruità della struttura in corso di valutazione inserimento):

S.R.P.1, Comunità terapeutica "Casa Madre" in via Petrarca 18 bis, Moncalieri:
Struttura sanitaria residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo. Riconoscimento quale struttura rientrante a pieno titolo tra quelle accreditate a gestire utenti in comorbidità (*doppia diagnosi*) come da Prot.22107/db2006 CL014.100.090 del 19/07/2010 e Prot.492/db20.16 Cl.014.100.090 del 09/01/2014 della Regione Piemonte.

Specializzata nel Trattamento di Utenti psicotici o con disturbi di personalità.

Autorizzata al funzionamento ai sensi della D.G. AslTo5 n° 221 del 01/03/2019 e n°

802 del 16/08/2019.

Accreditata con Determinazione n° 462 del 07/06/2019 dalla Regione Piemonte-Direzione Sanità. Direttiva 24779 del 30/06/2022 proroga autorizzazioni e accreditamento del 2019 validi fino al 31/12/2024.

La retta giornaliera corrisponde ad Euro 175,00 ed è conforme al tariffario regionale (D.G.R. 84-4451 del 22/12/2021).

Eventuali altri oneri extra per prestazioni sanitarie specialistiche, saranno concordate caso per caso a seconda di necessità ulteriori a quelle previste.

- ☐ **S.R.P.1, Comunità Terapeutica “Scuderie”** in via Petrarca 18 bis, Moncalieri: Struttura sanitaria residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo. Riconoscimento quale struttura rientrante a pieno titolo tra quelle accreditate a gestire utenti in comorbilità (*doppia diagnosi*) come da Prot.22107/db2006 CL014.100.090 del 19/07/2010 e Prot.492/db20.16 Cl.014.100.090 del 09/01/2014 della Regione Piemonte.

Specializzata nel Trattamento di Utenti con disturbi di Personalità.

Autorizzata al funzionamento ai sensi della D.G. AslTo5 n°222 del 01/03/2019 e n°803 del 16/08/2019.

Accreditata con Determinazione n° 462 del 07/06/2019 dalla Regione Piemonte-Direzione Sanità. Direttiva 24779 del 30/06/2022 proroga autorizzazioni e accreditamento del 2019 validi fino al 31/12/2024.

La retta giornaliera corrisponde ad Euro 175,00 ed è conforme al tariffario regionale (D.G.R. 84-4451 del 22/12/2021).

Eventuali altri oneri extra per prestazioni sanitarie specialistiche, saranno concordate caso per caso a seconda di necessità ulteriori a quelle previste.

- ☐ **S.R.P.2.2, Comunità alloggio “UFA”** in via Petrarca 18 Moncalieri: Struttura sanitaria residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo, con supporto meno elevato.

Specializzata nel Trattamento di Utenti con discreta capacità di autonomia.

Autorizzata al funzionamento ai sensi della D.G. AslTo5 n° 223 del 01/03/2019 e n° 799 del 16/08/2019

Accreditata ai sensi della D.D. della Regione Piemonte n° 193 del 28/02/2020 Direttiva 24779 del 30/06/2022 proroga autorizzazioni e accreditamento del 2019 validi fino al 31/12/2024

La retta giornaliera corrisponde ad Euro 133,00 ed è conforme al tariffario regionale (D.G.R. 84-4451 del 22/12/2021). Eventuali altri oneri extra per prestazioni sanitarie specialistiche, saranno concordate caso per caso a seconda di necessità ulteriori a quelle previste.

- ☐ **S.R.P.3.3, Gruppo Appartamento “La casa al centro”** in via Tenivelli 16/18 Moncalieri: Struttura socio-sanitaria residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi con personale sociosanitario presente per fasce orarie.

Specializzato nel trattamento di Utenti con maggiore capacità di autonomia.

Autorizzata al funzionamento ai sensi della D.G. AslTo5 n° 238 del 01/03/2019 e n° 800 del 16/08/2019

Accreditata con Determinazione n° 462 del 07/06/2019 dalla Regione Piemonte-Direzione Sanità. Direttiva 24779 del 30/06/2022 proroga autorizzazioni e accreditamento del 2019 validi fino al 31/12/2024

La retta giornaliera corrisponde ad Euro 61,00 ed è conforme al tariffario regionale (D.G.R. 84-4451 del 22/12/2021).

Eventuali altri oneri extra per prestazioni sanitarie specialistiche, saranno concordate

caso per caso a seconda di necessità ulteriori a quelle previste.

Motivo della richiesta ed obiettivi del progetto:

Diagnosi dell'utente:

Vostra ipotesi della durata di trattamento :

Ipotesi progettuali e potenziali risorse territoriali alle dimissioni dalla comunità con fine programma:

Disponibilità contatti diretti in presenza o da remoto, visite sul posto da parte dei Servizi curanti:

Disponibilità contatti diretti in presenza o da remoto, visite sul posto da parte dei familiari:

Disponibilità dell'utente, o di chi per lui, per le proprie Spese personali, pensioni e o assistenza sociale:

Nome e Cognome di chi si fa carico: _____

Recapito telefonico: _____ Mail: _____

Informiamo che la Comunità prevede all'ingresso il versamento, da parte dell'utente, di un deposito cauzionale di €. 516.00, che sarà restituito alle dimissioni.

Facciamo inoltre presente che la capacità da parte dell'utente di far fronte alle proprie spese personali (sigarette, farmaci non mutuabili, acquisti personali ecc.) è ritenuta condizione vincolante all'inserimento e al trattamento stesso. In assenza di tale disponibilità economica, non potendo farsene carico la comunità, il progetto di cura non può procedere: è quindi sostanziale che vi sia una presa in carico di questa condizione fin dalla richiesta stessa di inserimento, da parte dei Servizi invianti, dell'utente e della sua famiglia.

Condizioni mediche:

Allergie: _____

Malattie croniche: _____

Patologie in atto: _____

Altro da segnalare: _____

VERIFICARE SE VI SONO ESENZIONI VALIDE E INVIARE FOTOCOPIA

Terapia farmacologica in atto e posologia:

Nel caso di assunzione di alcuni farmaci via depot (ad esempio Risperdal, Xepion, Abilify) o di altri farmaci che lo necessitino (Leponex), si richiede che il Servizio di Salute Mentale di riferimento provveda tempestivamente ad inviarci:

- **il Piano di Trattamento Terapeutico/ Prescrizione (firmato dal Medico su carta intestata con i dati anagrafici dell'utente**
- **il dosaggio**
- **la diagnosi**
- **la cadenza assunzione**
- **la durata ipotizzata del trattamento farmacologico**

Terapia sostitutiva metadonica/ Suboxone / Subutex /Alcover:

Posologia: _____

Nel caso di assunzione di terapia sostitutiva si richiede che il Ser.T. di riferimento provveda tempestivamente a prendere contatti con il Ser.T. di Moncalieri per l'affido del farmaco a partire dal giorno stabilito per l'ingresso del/la utente nella nostra struttura.

Si informa che il Ser.T. di Moncalieri somministra solo Buprenorfina e non Subuxone per cui è necessario informare e predisporre preventivamente gli utenti dell'eventuale cambio di farmaco.

Sert di Moncalieri: Tel. 011641560- Fax 011.0589872

Eventuali necessità di ricovero, condizioni:

Richiediamo specificatamente di mantenere **una forte collaborazione nel predisporre rapidamente il ricovero presso SPDC di residenza in caso di espressa necessità**, considerando l'eventuale ricovero come uno strumento per dare continuità al trattamento in comunità.

Per lo stesso motivo chiediamo **disponibilità a predisporre eventuale ricovero presso case di cura e/o cliniche convenzionate sia presso la Regione Piemonte che presso le altre Regioni.**

L'assenza degli ospiti dalla Comunità per ricovero presso ospedale pubblico o convenzionato, non costituisce dimissione fino al trentesimo giorno. Il Porto conserverà infatti il posto letto con una diaria pari al 50% della retta giornaliera (salvo accordi diversi

in convenzioni specifiche). Il termine di trenta giorni è prorogabile a seguito di accordi con il servizio inviante.

Nel caso fosse necessario un **ricovero presso Case di cura sul nostro territorio in regime privato, verrà mantenuta la retta invariata al 100%**, riservando il pagamento del ricovero a nostro carico ed una continuità terapeutica con visite e colloqui presso la struttura prescelta.

In caso di sopraggiunta eventuale seria incompatibilità di permanenza (per motivi clinici, comportamentali, di sicurezza dell'utente o di sicurezza degli altri utenti e/o operatori, o altro) è **necessaria la vostra completa collaborazione nel predisporre la dimissione dalla Comunità in tempi necessariamente brevi con la collocazione dell'utente in altra sede, ovvero con ricovero presso SPDC di competenza.**

Nel caso in cui l'utente debba attenersi a delle **Misure Cautelari e di Sicurezza emesse dall'Autorità Giudiziaria**, è necessario considerare che ingresso e permanenza dell'utente sono subordinati alla sua adesione alle regole comportamentali, alle prescrizioni e alla progettualità terapeutica della comunità, che si riserva la facoltà di allontanarlo previa tempestiva comunicazione all'Autorità di P.S. e all'Autorità Giudiziaria o, in caso di situazioni urgenti non diversamente gestibili, contestualmente ad essa. *Da ciò discende pertanto l'esigenza di predisporre la realizzabilità di una simile necessità, con la facoltà di poter far rientrare l'utente nel luogo di provenienza (carcere, REMS, domicilio precedente, altro), o in luogo già prestabilito, in tempi rapidi, qualora si presentassero le circostanze di cui sopra.*

Si evidenzia, pregandoVi di firmare la presente per presa visione ed accettazione, che **per accompagnamenti per ricoveri fuori Regione, esigenze varie di allontanamento temporaneo dalla struttura o anche in caso di dimissione non altrimenti concordata, la nostra Istituzione non può farsi carico delle spese relative il mezzo di trasferimento dell'utente e di accompagnamento con trasferta del personale, per le quali l'impegno economico è a carico dei Servizi Invianti e/o dell'utente stesso o di chi per lui.**

Preghiamo pertanto di **specificare di seguito il soggetto cui imputare gli eventuali costi di trasporto** (auto, auto medica, ambulanza, aereo, treno, accompagnatore, etc), **ove diverso dai Servizi invianti che sottoscrivono il presente modulo.**

Se **diverso da Servizio inviante**, chiediamo cortesemente di **compilare tutti i dati per la fatturazione** e di apporre la firma del soggetto intestatario della eventuale fattura, per presa d'atto e accettazione:

Nome e cognome: _____

Indirizzo: _____

Codice fiscale: _____

Firma per presa d'atto ed accettazione: _____

Ricordiamo che **il primo periodo di permanenza in struttura (Fase di Accoglienza) prevede l'inserimento nella nostra Comunità e un'attenta valutazione sul campo**, comprendente colloqui clinici, psicodiagnosi ed osservazione diretta, finalizzata alla valutazione di idoneità dell'utente al trattamento presso la struttura e, se idoneo, alla formulazione di un progetto terapeutico specifico in collaborazione con il Servizio inviante.

Al termine del periodo di accoglienza se non verranno rilevate da parte nostra incongruenze progettuali, inidoneità al trattamento o non collaboratività da parte del soggetto stesso, l'inserimento verrà confermato e il trattamento potrà proseguire senza soluzione di continuità.

In caso **vi fossero elementi contrari prenderemmo accordi con il Servizio Inviante, ed eventualmente il Giudice, per le dimissioni e la non prosecuzione del trattamento, con una restituzione accurata delle nostre osservazioni cliniche, chiedendo la collaborazione degli invianti per una rapida risoluzione della dimissione e collocazione presso luogo di provenienza o altro luogo concordato.**

I soggiorni terapeutici in famiglia o presso il proprio territorio, concordati all'interno di una progettualità di sperimentazione terapeutica di abilità di sé più ampia o le sospensioni stabilite in accordo con il Servizio inviante, che hanno valenza terapeutica rispetto al progetto, in genere per superare una impasse nella motivazione al trattamento, sono da considerarsi a tutti gli effetti parte integrante di un trattamento clinico e riabilitativo e comportano una retta invariata al 100%. Nel caso di altre assenze prolungate oltre i 3 giorni, e fino ad un massimo di 30 giorni consecutivi, è previsto il pagamento della retta giornaliera nella misura del 50%.

Durante queste esperienze i curanti della Comunità restano a disposizione, sia con contatti, monitoraggio e colloqui costanti e strutturati, sia con una pronta emergenza di rientro in struttura.

Presenza in carico amministrativa da parte di (indicare in questo spazio i servizi di competenza - Ser.T e/o CSM – e il contributo alla retta in percentuale di ciascun servizio; la compilazione di questo campo è indispensabile):

solo CSM/CPS _____

solo Ser.T/Ser.D. _____

compartecipazione CSM/CPS – Ser.T:/Ser.D. _____ nella percentuale

di: _____

Altro: _____

Per i riferimenti amministrativi specifici si ricorda la compilazione della SCHEDA AMMINISTRATIVA, allegata, senza la ricezione della quale non potremo avvallare l'inserimento né predisporre una data di ingresso.

Vi preghiamo pertanto di **considerare tempi adeguati di produzione, per la possibilità di concludere la data di inserimento.**

Come troverete nella scheda, per la fatturazione si ricorda l'invio del numero di ordine al CANALE DI RICEZIONE ORDINI ELETTRONICI – NSO PEPPOL 0210:98014020170.

Per informazioni in merito a tale modulo: Rag. Daniela Valva tel. 011/6824261 e-mail: d.valva@ilporto.org

Programmazione giorno di inserimento in struttura:

Motivi di sicurezza clinica pongono dei limiti alla nostra capacità e flessibilità nell'organizzazione dell'ingresso la cui predisposizione, sotto la nostra responsabilità, richiede necessariamente l'accordo fra le parti, pertanto **vi preghiamo di non decidere in autonomia date ed orari di ingresso**, pena il non accoglimento dell'utente al di fuori degli accordi.

È indispensabile e sostanziale che quanto sopra esposto sia da voi considerato **anche quando vi siano misure giuridiche che prevedano spostamenti autorizzati dal Giudice** dai luoghi di provenienza e/o accompagnamento tramite la Polizia Penitenziaria, pertanto vi preghiamo di farlo presente a chi di dovere e di verificare la correttezza delle disposizioni di ingresso secondo gli accordi con noi presi.

Altro da segnalare:

Firma da parte di ogni Servizio inviante (indispensabile):

Luogo, _____ data _____

Firma per l'ASL e timbro:

Firma da parte di ogni Servizio inviante (indispensabile):

Luogo, _____ data _____

Firma per l'ASL e timbro:

PER ACCETTAZIONE, SI RICHIEDE LA COMPILAZIONE E LA RESTITUZIONE DI QUESTO DOCUMENTO IN TUTTE LE SUE PARTI, AL FINE DI AVVIARE L'ITER DI VALUTAZIONE/INSERIMENTO DA VOI RICHIESTO.

Restiamo a disposizione per ogni ulteriore chiarimento e porgiamo cordiali saluti.

Dr.ssa Patrizia Giannini dr.ssa Caterina Pellegrino dr.ssa Annamaria Nuzzo

Servizio Accettazione, Psicodiagnosi, Formazione e Ricerca delle Comunità Terapeutiche Il Porto Onlus

Responsabile: Dr.ssa Patrizia, Giannini Psicologa Psicoterapeuta; Vice: dr. ssa Caterina Pellegrino, Psicologa Psicoterapeuta in formazione
Tel. 0116824250 fax 0116824249 email: p.giannini@ilporto.org cell. 3346543609 email: servizioaccettazione@ilporto.org cell. 3453444269
Sito web: <http://www.ilporto.org> Rivista ufficiale: <http://www.terapiadicomunita.org/> linkedIn: <http://it.linkedin.com/in/associazioneilportoonlus/>