

Documentazione dell' obiettivo di partecipazione

Nome del paziente /
numero di identificazione del caso (FID) /
codice a barre:

Data del rilevamento:

_____ . _____ . _____

Per favore scegliere un obiettivo di partecipazione principale e all'occorrenza indicare il fabbisogno di sostegno.

Abitare

Ripristino delle capacità in considerazione dei fattori contestuali (fattori positivi, barriere) in vista:

- 1 Di un'integrazione in un istituto di cura (con assistenza 24 ore su 24)
- 2 Di un alloggio con prestazioni assistenziali nell'ambito di una istituzione (residenza per anziani o comunità assistita, non nel reparto cure)
- 3 Di un ritorno a casa insieme al partner, ai familiari o ad amici (persone di riferimento)
- ₀ **senza** sostegno
- ₁ **con** sostegno da parte di persone di riferimento e/oppure da parte di organizzazioni esterne
- 4 Di un ritorno a casa, da soli
- ₀ **senza** sostegno
- ₁ **con** sostegno da parte di persone di riferimento e/oppure da parte di organizzazioni esterne

Lavoro

Ripristino delle capacità in considerazione dei fattori contestuali (fattori positivi, barriere) in vista:

- 5 Di un'occupazione/un lavoro di nicchia in ambiti protetti / impiego terapeutico in prova
- 6 Di un'nuovo orientamento professionale
- 7 Di una riqualificazione professionale
- 8 Di un lavoro a tempo parziale nell'attività appresa o esercitata per ultimo (risp. una continuazione a tempo parziale della formazione)
- 9 Di un lavoro a tempo pieno nell'attività appresa o esercitata per ultimo (risp. una continuazione a tempo pieno della formazione)

Cultura sociale

- 10 Ripristino delle capacità in considerazione dei fattori contestuali (fattori positivi, barriere) in vista di una partecipazione alla vita pubblica, ossia attività del tempo libero od hobby al di fuori del contesto abitativo
 - 0 **senza** sostegno
 - 1 **con** sostegno da parte di persone di riferimento e/oppure da parte di organizzazioni esterne