

PROGETTO INIZIALE		AGGIORNAMENTO		DATA	
-------------------	--	---------------	--	------	--

Cognome		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Codice Fiscale			

Stato civile	
Cittadinanza	
Residenza	
Eventuale domicilio	
Recapito telefonico	
Familiare o altra persona di riferimento (eventuale recapito)	

Posizione giuridica		Nessun istanza inoltrata al Giudice Tutelare
		Istanza inoltrata e in attesa di definizione
		Amministrazione di sostegno
		Curatela
		Tutela
Persona incaricata della amministrazione/curatela/tutela	Nome e Cognome:	
	Recapito:	

Misure di sicurezza		Nessuna
		Libero vigilato (fine pena: _____)
		Arresti domiciliari (fine pena: _____)
		Altro (specificare: _____)

AREA DEL BISOGNO		
STABILIZZAZIONE CLINICA		Tipo di bisogno: Soluzione ipotizzata:
ABITARE		Tipo di bisogno: Soluzione ipotizzata:
SOCIALITÀ		Tipo di bisogno: Soluzione ipotizzata:
FORMAZIONE/ LAVORO		Tipo di bisogno: Soluzione ipotizzata:

Si allega alla presente		relazione psichiatrica e/o psicologica
		relazione socio-educativa

DURATA PREVISTA DELL'INTERVENTO	(in mesi): _____
--	------------------

Diagnosi (DSM 5)	
-------------------------	--

Terapia psichiatrica attuale	
-------------------------------------	--

Effetti indesiderati o iatrogeni	
Altre patologie non psichiatriche	
Attuali terapie mediche generali	

Medico di Medicina Generale (recapito)	
---	--

Scolarità	
	Analfabeta (1)
	Licenza Elementare (2)
	Scuola Media Inferiore (3)
	Scuola Media Superiore (4)
	Laurea (5)
Per risposte (4) o (5), precisare:	

Situazione abitativa	
	Abitazione di proprietà
	Abitazione in affitto
	Accoglienza presso altri
	Struttura residenziale
	Privo di abitazione

	Altro (precisare)
--	-------------------

Contesto familiare	
	Vive da solo/a
	Vive da solo/a con figlio/i
	Vive con il coniuge/partner
	Vive con il coniuge/partner e figlio/i
	Vive con altri familiari
	Altro (precisare)

Situazione lavorativa	
	Occupato/a (specificare: _____)
	Disoccupato/a
	In cerca di prima occupazione
	Casalingo/a
	Studente/ssa
	Pensionato/a o ritirato/a dal lavoro
	Altra condizione ¹ : _____

Situazione economica	
	Senza reddito
	Reddito da lavoro
	Pensione da lavoro
	Assegno mensile di invalidità
	Indennità di accompagnamento

¹ Borsa lavoro, tirocinio, inserimento sociale in contesto lavorativo, altro.

	Pensione INAIL
	Pensione di reversibilità
	Pensione sociale
	Contributo economico del Comune
	Aiuto dei familiari
	Aiuto delle associazioni di volontariato
	L.R. 20/97
	L. 162/98
	Altro (specificare: _____)
Entrata mensile totale (in euro)	

Invalidità		
No		
Sì (indicare il tipo):		Invalidità civile (L. 66/62; L. 381/70; L. 382/70; L. 118/71)
		Invalidità di guerra (D.P.R. 915/78)
		Invalidità per servizio (D.P.R. 915/78)
		Invalidità del lavoro (D.P.R. 1124/64)
Esito: _____ %		

Stato di handicap (L. 104/92)					
Sì				No	
Art. 3 Comma 1		L. 162/98*		Sì	
Art. 3 Comma 3				No	
Indennità di accompagnamento		Sì		No	
*Specificare il progetto:					

Collocamento mirato (L. 68/99 e successive integrazioni)					
Sì		No		In attesa di valutazione	

Esito valutazione	1	Non possiede residue capacità lavorative
	2	Sussistono potenziali capacità lavorative. Il recupero e/o lo sviluppo delle capacità lavorative può avvenire tramite percorsi e progetti individuali.
	3	Sussistono capacità lavorative che possono essere utilizzate in mansioni compatibili ed in ambienti idonei attraverso il collocamento mirato.
	4	Altro (specificare):

VALUTAZIONE PSICOMETRICA	
TEST	Data valutazione: _____ Valutatore: _____
BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)	<div>FUNZIONAMENTO PERSONALE E SOCIALE</div>
GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING (GAF)	
EVENTUALE ALTRO TEST REATTIVO	<div>Funzionamento personale e sociale</div>

Data valutazione: _____ Psichiatra/Psicologo: _____

Valutazione Psicopatologica	
Umore	
Ansia	
Pensiero	
Controllo	

degli impulsi	
Controllo e gestione delle emozioni	

VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA

--

Data valutazione: _____ Psicologo: _____

FUNZIONAMENTO PERSONALE E SOCIALE

TEST	PUNTEGGIO TOTALE	NOTE
CAMBERWELL ASSESSMENT OF NEED (CAN)		

Data valutazione: _____ Educatore P.: _____

Descrizione del progetto

--

--	--

Obiettivi del progetto	Breve termine	
	Medio termine	
	Lungo termine	

Interventi sanitari, assistenziali e riabilitativi dell'U.O. inviante	Medico		Frequenza:			
	Psicologo		Frequenza:			
	Visite a domicilio in struttura		Frequenza:			
			Effettuate da ² :			
	Intervento socio-educativo riabilitativo		Educatore Professionale		Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TRP)	
			Frequenza:			
	Infermiere		Frequenza:			
	Assistente Sociale		Frequenza:			
	Incontri con il nucleo familiare		Frequenza:			
			Effettuati da ³ :			

Interventi semi-	Centro Diurno		Frequenza:			
	Borsa lavoro		Ente promotore:			

² Indicare i profili professionali degli operatori.

³ Indicare i profili professionali degli operatori.

residenziali	dipartimentale/Formazione professionale/obbligo formativo/alternanza scuola lavoro		Azienda ospitante (nome azienda, sede operativa):
			Tipo di attività:
			Durata (in mesi):
			Frequenza:
			Rimborso spese:
	Tirocinio formativo/inserimento lavorativo (extra-dipartimentale: Comune, ASPAL, altri enti)		Ente promotore:
			Azienda ospitante (nome azienda, sede operativa):
			Tipo di attività:
			Durata (in mesi):
			Frequenza:
	Altro intervento		Rimborso spese:
			Ente promotore:
			Azienda ospitante (nome azienda, sede operativa):
			Tipo di attività:
			Durata (in mesi):
			Frequenza:
			Rimborso spese:

Inserimento in struttura residenziale	SRPAI/SRP1 (Struttura residenziale psichiatrica per adulti per trattamenti a carattere intensivo)		
	SRPAE/SRP2 (Struttura residenziale psichiatrica per adulti per trattamenti a carattere estensivo)		
	SRP3 (Struttura residenziale psichiatrica per adulti per interventi socioriabilitativi)		H 12
	Specificare indicazione per SRP3 con personale:		H 24
	Comunità doppia diagnosi		
	Altro		
Inserimento in struttura a carico di:			DSMD

		COMUNE
		ALTRO ENTE (specificare):
		COMPARTECIPAZIONE (specificare enti):

			Nominativo Referente e recapito
Collaborazione con altri servizi/enti/agenzie nella realizzazione del progetto		SERD	
		Servizi di NPI	
		Medicina Generale	
		Servizi Sociali Comunali	
		Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE)	
		Altro (specificare):	
Tipologia di intervento:			

Luogo e data:

Referenti del PTAI		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma
4		

Il Responsabile del CSM

Firma _____

Il Direttore del DSMD

Firma _____

CONSENSO INFORMATO E TUTELA DEI DATI**Informazione**

Sono stato informato in modo chiaro e comprensibile su tutti gli aspetti del presente progetto ed ho potuto porre tutte le domande di approfondimento che ho ritenuto opportune.

Consenso

Esprimo il mio consenso alla realizzazione del presente progetto personalizzato.

Tutela della riservatezza dei dati sensibili

Acconsento al trattamento dei miei dati personali per un loro utilizzo strettamente legato alla realizzazione del progetto. Il presente progetto potrà essere consultato dal sottoscritto e dagli operatori che collaborano alla realizzazione dello stesso e sarà parte integrante della mia cartella clinica.

Luogo e data: _____ Firma: _____

Eventuale persona incaricata di tutela/curatela/amministrazione di sostegno⁵

Luogo e data: _____ Firma: _____

**VERIFICHE PERIODICHE DEL PROGETTO PERSONALIZZATO⁶
e/o RICHIESTA DI PROROGA INFERIORE AI 30 GIORNI**

⁵ La firma della persona eventualmente incaricata di tutela o curatela è da considerarsi obbligatoria. La firma dell'eventuale amministratore di sostegno sarà da apporre qualora il progetto terapeutico sia condizionato dai contenuti del provvedimento di nomina emesso dal Giudice Tutelare.

⁶ Le verifiche periodiche, che dovranno essere fatte a cadenza trimestrale, verranno effettuate dall'equipe curante del CSM, al fine di valutare l'andamento del percorso riabilitativo e il raggiungimento degli obiettivi prefissati con la compilazione del RTAL.

Verifica del progetto n° ____	Data: _____	
Valutazione:		
Punteggio BPRS:		
Punteggio GAF:		
Punteggio CAN:		
Operatori che effettuano la verifica		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma
Verifica del progetto n° ____	Data: _____	
Valutazione:		
Punteggio BPRS:		
Punteggio GAF:		
Punteggio CAN:		
Operatori che effettuano la verifica		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma

Il Responsabile del CSM

Firma _____