

<b>PROGETTO INIZIALE</b>		<b>AGGIORNAMENTO</b>		<b>DATA</b>	
--------------------------	--	----------------------	--	-------------	--

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
<b>Data di nascita</b>		<b>Luogo di nascita</b>	
<b>Codice Fiscale</b>			

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

<b>Situazione genitoriale</b>		Affidamento congiunto
		Affidamento esclusivo
		Tutela legale
<b>Genitori o persona incaricata della tutela</b>	Nome e cognome:	
	Recapito:	

<b>Diagnosi (DSM V)</b>	
-------------------------	--

<b>Terapia psichiatrica attuale</b>	
-------------------------------------	--

**Effetti indesiderati o iatrogeni**
**Patologie organiche**
**Attuali terapie mediche generali**
**Medico di Medicina Generale  
(recapito)**
**Coinvolgimento  
Tribunale per i  
minori**

Nessuno

Segnalazioni

Provvedimenti

Altro

**AREA DEL BISOGNO**
**STABILIZZAZIONE  
CLINICA**

Tipo di bisogno:

Soluzione ipotizzata:

**ABITARE**

Tipo di bisogno:

Soluzione ipotizzata:

<b>SOCIALITÀ</b>		Tipo di bisogno:
		Soluzione ipotizzata:
<b>FORMAZIONE/ LAVORO</b>		Tipo di bisogno:
		Soluzione ipotizzata:

<b>Quadro Socio-familiare</b>	
-------------------------------	--

<b>Si allega alla presente</b>		relazione neuropsichiatrica e/o psicologica
		relazione socio-educativa

<b>DURATA PREVISTA DELL'INTERVENTO</b>	(in mesi): _____
--	------------------

Quadro Scolastico	
	Scuola primaria
	Scuola secondaria di I grado
	Scuola secondaria di II grado
	Insegnante di sostegno

	Assistenza Educativa
PEI PDP Diagnosi Funzionale: validità	

Riconoscimenti di legge				
Sì		No		
Esito: _____ %				
Indennità di frequenza	Sì		No	
Indennità di accompagnamento	Sì		No	

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

Profilo funzionale	
Area Cognitiva	
Area Neuropsicologica	
Area del Linguaggio e Comunicazione	
Area Emotivo Relazionale	
Area delle Capacità Adattive	
Area Motorio Prassica	

Area Neuro Sensoriale	
-----------------------	--

Valutazione Psicopatologica	
Umore	
Ansia	
Pensiero	
Controllo degli impulsi	
Controllo e gestione delle emozioni	

Valutazione Psicometrica		
<b>VINELAND "adptive Behaviour Scale"</b>	Età anagrafica	
	Comunicazione età equivalente	
	Abilità quotidiane età equivalente	
	Abilità motorie età equivalente	
	Scala composta età equivalente	
<b>ADOS-2</b>	Punteggio affetto sociale AF	
	Punteggio comportamenti ristretti e ripetitivi CRR	
	Totale AF+CRR	
<b>ADI-R</b>	Linguaggio e comunicazione	
	Interazione sociale reciproca	
	Comportamenti stereotipati interessi ristretti	
	Totale	
<b>K-SADS-DSMV</b>	Intervista di screening + supplementi di approfondimento	

<b>Descrizione del progetto</b>	
-------------------------------------	--

<b>Obiettivi del progetto</b>	Breve termine	
	Medio termine	
	Lungo termine	

<b>Interventi sanitari, assistenziali e riabilitativi residenziali dell'U.O. inviante</b>	<b>Medico</b>		Frequenza:			
	<b>Psicologo</b>		Frequenza:			
	<b>Visite a domicilio in struttura</b>		Frequenza:			
			Effettuate da <sup>1</sup> :			
	<b>Intervento socioeducativo riabilitativo</b>		Educatore Professionale		Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TRP)	
			Frequenza:			
	<b>Assistente Sociale</b>		Frequenza:			
	<b>Incontri con il nucleo familiare</b>		Frequenza:			
			Effettuati da <sup>2</sup> :			

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

1 Indicare i profili professionali degli operatori.

2 Indicare i profili professionali degli operatori.

			Tipo di attività:
			Durata (in mesi):
			Frequenza:
			Rimborso spese:

<b>Inserimento presso struttura residenziale</b>	<b>SRP1 (ex SRMAI)<sup>3</sup></b>		
	<b>SRP2 (ex SRMAE)<sup>4</sup></b>		
	<b>SRP3<sup>5</sup></b> Specificare indicazione per SRP3 con personale:		H 12
			H 24
	<b>Comunità per Doppia Diagnosi</b>		
	<b>Comunità Socio integrata</b>		
	<b>Altra situazione abitativa</b>		
<b>Inserimento in struttura a carico di:</b>			DSMD
			COMUNE
			ALTRO ENTE (specificare):
			COMPARTECIPAZIONE (specificare enti):

		Nominativo Referente
<b>Collaborazione con altri servizi/enti/agenzie nella realizzazione del progetto</b>	SERD	
	<b>Servizi di NPIA:</b> (UOC NPI AOU Sassari/Cagliari)	
	Medicina Generale	

<sup>3</sup> Struttura residenziale psichiatrica per minori per trattamenti a carattere intensivo incluse SDRAGADM (SRP1).

<sup>4</sup> Struttura residenziale psichiatrica per minori per trattamenti a carattere estensivo (SRP2) incluse CDCA e SRDSA.

<sup>5</sup> Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socio riabilitativi.



		Servizi Sociali Comunali	
		Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE)	
		Ufficio di servizio sociale per i minorenni (U.S.S.M)	
		Altro (specificare):	
Tipologia di intervento:			

<b>Luogo e data:</b>
----------------------

Referenti del PTAI		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma
6		

<p align="center"><b>Il Responsabile del Serv. NPIA</b></p> <p>Firma _____</p> <p align="center"><b>Il Direttore del DSMD</b></p>
---

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 dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eventuale persona incaricata di tutela/curatela/amministrazione di sostegno<sup>7</sup>

Luogo e data:

\_\_\_\_\_

Firma:

\_\_\_\_\_

<sup>7</sup> 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.

---

Firma del minore P.P.V.

---

**VERIFICHE PERIODICHE DEL PROGETTO PERSONALIZZATO<sup>8</sup>  
e/o RICHIESTA DI PROROGA INFERIORE AI 30 GIORNI**

<b>Verifica del progetto n° ____</b>	Data: _____	
Valutazione equipe:		
<b>VINELAD:</b>		
<b>K-SADS:</b>		
<b>Operatori che effettuano la verifica</b>		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma

<b>Verifica del progetto n° ____</b>	Data: _____	
Valutazione equipe:		
<b>VINELAD:</b>		
<b>K-SADS:</b>		
<b>Operatori che effettuano la verifica</b>		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma

<sup>8</sup> Le verifiche periodiche, che dovranno essere fatte a cadenza trimestrale, verranno effettuate dall'equipe curante NPI, al fine di valutare l'andamento del percorso riabilitativo e il raggiungimento degli obiettivi prefissati con la compilazione del PTAI.



**ASL Ogliastra**  
Azienda socio-sanitaria locale

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze

S.C.  
Neuropsichiatria  
Infanzia e Adolescenza  
(NPIA)

### Il Responsabile del Serv. NPIA

Firma \_\_\_\_\_