

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)	

Amministratore di Sostegno	Nome e Cognome:
	Recapito:

Problemi legali/giudiziari		
		Nessuno
		Altro (specificare: _____)

Scolarità	
	Analfabeta
	Licenza Elementare
	Scuola Media Inferiore

	Scuola Media Superiore
	Laurea

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
	Casalengo/a

	Studente/ssa
	Pensionato/a o ritirato/a dal lavoro
	Altra condizione: _____

Situazione economica	
	Senza reddito
	Reddito da lavoro
	Pensione da lavoro
	Assegno mensile di invalidità
	Indennità di Accompagnamento
	Pensione INAIL
	Pensione di reversibilità
	Pensione sociale
	L.R. 20/97
	L. 162/98
	Altro (specificare: _____)

Invalidità			
Sì		No	
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	

Condizioni mediche generali	
Altre terapie mediche generali	

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

Cartella Ser.D.	n. _____ del _____
Tipologia di trattamento	

Diagnosi	
-----------------	--

VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA

--

Data valutazione: _____

Valutatore: _____

AREA DEL BISOGNO		
CLINICA		<p>Tipo di bisogno:</p> <p>Soluzione ipotizzata:</p>

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

Parametri da valutare	Motivazione dell'inserimento	
	Abilità e potenzialità	
	Opportunità e criticità che condizionano la relazione con il paziente	
	Rete sociale	
	Precedenti Trattamenti residenziali	

	Rischio imminente di grave deriva sociale o reato	
--	---------------------------------------------------	--

Programmazione interventi sanitari, assistenziali e riabilitativi dell'U.O. inviante	Medico		Frequenza:
	Psicologo		Frequenza:
	Educatore Professionale		Frequenza:
	Infermiere		Frequenza:
	Assistente Sociale		Frequenza:

Interventi semi-residenziali	Centro Diurno		Frequenza:
	Borsa lavoro dipartimentale/Formazione professionale/obbligo formativo/alternanza scuola lavoro		Ente promotore:
			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:
			Rimborso spese:
	Altro intervento		Ente promotore:
			Azienda ospitante (nome azienda, sede operativa):
			Tipo di attività:
			Durata (in mesi):
			Frequenza:
			Rimborso spese:

Tipologia struttura residenziale	Centro di Pronta Accoglienza Osservazione e Orientamento		
	Servizio Residenziale Pedagogico - Riabilitativo		
	Servizio Residenziale per alcoldipendenti		
	Servizio Residenziale Terapeutico - Riabilitativo		
	Servizio Residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche (Doppia Diagnosi)		
	Servizio Residenziale per donne tossicodipendenti in gravidanza e/o madri con bambino		
	Servizio Residenziale per minori dipendenti da sostanze d'abuso		
Inserimento in struttura a carico di:		DSMD	
		COMUNE	
		ALTRO ENTE (specificare):	
		COMPARTECIPAZIONE (specificare enti):	

DURATA PREVISTA DELL'INTERVENTO

(in mesi):

Descrizione del progetto	
---------------------------------	--

Obiettivi del progetto	Breve termine	
	Medio termine	
	Lungo termine	

			Nominativo Referente e recapito
Collaborazione con altri servizi/enti/agenzie nella realizzazione del progetto		Alcologia	
		CSM	
		Servizi di NPI	
		Medicina Generale	
		Servizi Sociali Comunali	
		Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE)	
		Altro (specificare):	
Tipologia di intervento: <div style="height: 40px; border: 1px solid black;"></div>			

Luogo e data:

Referenti del PTAI		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma
1		

Il Responsabile del SER.D

Firma _____

Il Direttore del DSMD

Firma _____

CONSENSO INFORMATO E TUTELA DEI DATI

1 Case manager

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 sostegno²

Luogo e data: _____

Firma: _____

**VERIFICHE PERIODICHE DEL PROGETTO PERSONALIZZATO
e/o RICHIESTA DI PROROGA INFERIORE AI 30 GIORNI****Verifica del progetto n° ____**

Data: _____

Valutazione: _____

² 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.

Operatori che effettuano la verifica/proroga		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma

Verifica del progetto n° ____	Data: _____		
Valutazione: _____			

	Operatori che effettuano la verifica		
	Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma

Il Responsabile del SER.D

Firma _____