



<b>PROGETTO INIZIALE</b>	<input type="radio"/>	<b>AGGIORNAMENTO</b>	<input type="radio"/>	<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>Amministratore di Sostegno</b>	Nome e Cognome:
	Recapito:

<b>Problemi legali/giudiziari</b>	<input type="radio"/>	Nessuno
	<input type="radio"/>	Altro (specificare: _____)

<b>Scolarità</b>	
<input type="radio"/>	Analfabeta
<input type="radio"/>	Licenza Elementare
<input type="radio"/>	Scuola Media Inferiore



<input type="radio"/>	Scuola Media Superiore
<input type="radio"/>	Laurea

Situazione abitativa	
<input type="radio"/>	Abitazione di proprietà
<input type="radio"/>	Abitazione in affitto
<input type="radio"/>	Accoglienza presso altri
<input type="radio"/>	Struttura residenziale
<input type="radio"/>	Privo di abitazione
<input type="radio"/>	Altro (precisare)

Contesto familiare	
<input type="radio"/>	Vive da solo/a
<input type="radio"/>	Vive da solo/a con figlio/i
<input type="radio"/>	Vive con il coniuge/partner
<input type="radio"/>	Vive con il coniuge/partner e figlio/i
<input type="radio"/>	Vive con altri familiari
<input type="radio"/>	Altro (precisare)

Situazione lavorativa	
<input type="radio"/>	Occupato/a (specificare: _____)
<input type="radio"/>	Disoccupato/a
<input type="radio"/>	In cerca di prima occupazione

<input type="radio"/>	Casalingo/a
<input type="radio"/>	Studente/ssa
<input type="radio"/>	Pensionato/a o ritirato/a dal lavoro
<input type="radio"/>	Altra condizione: _____

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

Invalidità				
Sì	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	
Stato di handicap (L. 104/92)				
Sì	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	
Art. 3 Comma 1	<input type="checkbox"/>	L. 162/98*	Sì	<input type="checkbox"/>
Art. 3 Comma 3	<input type="checkbox"/>		No	<input type="checkbox"/>
Indennità di accompagnamento				
Sì	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
*Specificare il progetto:				

--

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

<b>Condizioni mediche generali</b>	
<b>Altre terapie mediche generali</b>	

<b>Medico di Medicina Generale</b> (recapito)	
--	--

<b>Cartella Ser.D.</b>	n. _____  del _____
<b>Tipologia di trattamento</b>	

<b>Diagnosi</b>	
-----------------	--

**VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA**

Data valutazione: \_\_\_\_\_

Valutatore: \_\_\_\_\_

AREA DEL BISOGNO		
<b>CLINICA</b>	<input type="checkbox"/>	Tipo di bisogno:  Soluzione ipotizzata:



<b>ABITARE</b>	<input type="checkbox"/>	Tipo di bisogno: Soluzione ipotizzata:
<b>SOCIALITÀ</b>	<input type="checkbox"/>	Tipo di bisogno: Soluzione ipotizzata:
<b>FORMAZIONE/ LAVORO</b>	<input type="checkbox"/>	Tipo di bisogno: Soluzione ipotizzata:

<b>Si allega alla presente</b>	<input type="checkbox"/>	relazione psichiatrica e/o psicologica
	<input type="checkbox"/>	relazione socio-educativa

<b>Parametri da valutare</b>	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	
--	--	--

<b>Programmazione          interventi sanitari,          assistenziali e          riabilitativi          dell'U.O. inviante</b>	<b>Medico</b>	<input type="checkbox"/>	Frequenza:
	<b>Psicologo</b>	<input type="checkbox"/>	Frequenza:
	<b>Educatore Professionale</b>	<input type="checkbox"/>	Frequenza:
	<b>Infermiere</b>	<input type="checkbox"/>	Frequenza:
	<b>Assistente Sociale</b>	<input type="checkbox"/>	Frequenza:

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

			Rimborso spese:
--	--	--	-----------------

  

<b>Tipologia struttura residenziale</b>	<b>Centro di Pronta Accoglienza Osservazione e Orientamento</b>	<input type="checkbox"/>	
	<b>Servizio Residenziale Pedagogico - Riabilitativo</b>	<input type="checkbox"/>	
	<b>Servizio Residenziale per alcoldipendenti</b>	<input type="checkbox"/>	
	<b>Servizio Residenziale Terapeutico - Riabilitativo</b>	<input type="checkbox"/>	
	<b>Servizio Residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche (Doppia Diagnosi)</b>	<input type="checkbox"/>	
	<b>Servizio Residenziale per donne tossicodipendenti in gravidanza e/o madri con bambino</b>	<input type="checkbox"/>	
	<b>Servizio Residenziale per minori dipendenti da sostanze d'abuso</b>	<input type="checkbox"/>	

  

<b>Inserimento in struttura a carico di:</b>	<input type="radio"/>	<b>DSMD</b>
	<input type="radio"/>	<b>COMUNE</b>
	<input type="radio"/>	<b>ALTRO ENTE (specificare):</b>
	<input type="radio"/>	<b>COMPARTECIPAZIONE (specificare enti):</b>



**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:

**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****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 sostegno<sup>2</sup>

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

<sup>2</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.

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

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

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

**Il Responsabile del SER.D**

Firma \_\_\_\_\_