

<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>Posizione giuridica</b>	<input type="radio"/>	Nessun istanza inoltrata al Giudice Tutelare
	<input type="radio"/>	Istanza inoltrata e in attesa di definizione
	<input type="radio"/>	Amministrazione di sostegno
	<input type="radio"/>	Curatela
	<input type="radio"/>	Tutela
<b>Persona incaricata della amministrazione/curatela/tutela</b>	Nome e Cognome:	
	Recapito:	

<b>Misure di sicurezza</b>	<input type="radio"/>	Nessuna
	<input type="radio"/>	Libero vigilato (fine pena: _____)
	<input type="radio"/>	Arresti domiciliari (fine pena: _____)
	<input type="radio"/>	Altro (specificare: _____)

AREA DEL BISOGNO		
<b>STABILIZZAZIONE 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

**DURATA PREVISTA DELL'INTERVENTO**

(in mesi): \_\_\_\_\_

**Diagnosi  
(DSM 5)**
**Terapia psichiatrica attuale**

<b>Effetti indesiderati o iatrogeni</b>	
<b>Altre patologie non psichiatriche</b>	
<b>Attuali terapie mediche generali</b>	

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

<b>Scolarità</b>	
<input type="radio"/>	Analfabeta (1)
<input type="radio"/>	Licenza Elementare (2)
<input type="radio"/>	Scuola Media Inferiore (3)
<input type="radio"/>	Scuola Media Superiore (4)
<input type="radio"/>	Laurea (5)
Per risposte (4) o (5), precisare:	

<b>Situazione abitativa</b>	
<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"/>	Casalino/a
<input type="radio"/>	Studente/ssa
<input type="radio"/>	Pensionato/a o ritirato/a dal lavoro
<input type="radio"/>	Altra condizione <sup>1</sup> : _____

<sup>1</sup> Borsa lavoro, tirocinio, inserimento sociale in contesto lavorativo, altro.

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"/>	Contributo economico del Comune
<input type="checkbox"/>	Aiuto dei familiari
<input type="checkbox"/>	Aiuto delle associazioni di volontariato
<input type="checkbox"/>	L.R. 20/97
<input type="checkbox"/>	L. 162/98
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare: _____)
<b>Entrata mensile totale (in euro)</b>	

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

Stato di handicap (L. 104/92)					
Sì		○	No		○
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:					

Collocamento mirato (L. 68/99 e successive integrazioni)					
Sì	○	No	○	In attesa di valutazione	○
Esito valutazione		1	<input type="checkbox"/>	Non possiede residue capacità lavorative	
		2	<input type="checkbox"/>	Sussistono potenziali capacità lavorative. Il recupero e/o lo sviluppo delle capacità lavorative può avvenire tramite percorsi e progetti individuali.	
		3	<input type="checkbox"/>	Sussistono capacità lavorative che possono essere utilizzate in mansioni compatibili ed in ambienti idonei attraverso il collocamento mirato.	
		4	<input type="checkbox"/>	Altro (specificare):	

VALUTAZIONE PSICOMETRICA		
TEST	PUNTEGGIO TOTALE	NOTE
BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)		
GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING (GAF)		
EVENTUALE ALTRO TEST REATTIVO		

**Funzionamento personale e sociale**

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
------	------------------	------

<b>CAMBERWELL ASSESSMENT OF NEED (CAN)</b>		
--	--	--

Data valutazione: \_\_\_\_\_ Educatore P.: \_\_\_\_\_

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

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



	Lungo termine	
--	---------------	--

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

<b>Interventi semi-residenziali</b>	<b>Centro Diurno</b>	<input type="checkbox"/>	Frequenza:
	<b>Borsa lavoro dipartimentale/Formazione 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</b>	<input type="checkbox"/>	Ente promotore:
		<input type="checkbox"/>	Azienda ospitante (nome azienda, sede operativa):

<sup>2</sup> Indicare i profili professionali degli operatori.

<sup>3</sup> Indicare i profili professionali degli operatori.

	<b>(extra-dipartimentale: Comune, ASPAL, altri enti)</b>	<input type="checkbox"/>	Tipo di attività:
		<input type="checkbox"/>	Durata (in mesi):
		<input type="checkbox"/>	Frequenza:
			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>Inserimento in struttura residenziale</b>	<b>SRPAI/SRP1</b> (Struttura residenziale psichiatrica per adulti per trattamenti a carattere intensivo)	<input type="checkbox"/>	
	<b>SRPAE/SRP2</b> (Struttura residenziale psichiatrica per adulti per trattamenti a carattere estensivo)	<input type="checkbox"/>	
	<b>SRP3</b> (Struttura residenziale psichiatrica per adulti per interventi socioriabilitativi)  Specificare indicazione per SRP3 con personale:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> H 12
			<input type="checkbox"/> H 24
	<b>Comunità doppia diagnosi</b>	<input type="checkbox"/>	
	<b>Altro</b>	<input type="checkbox"/>	

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

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

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

Referenti del PTAI		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma
4		

4 Case manager

**Il Responsabile del CSM**

Firma \_\_\_\_\_

**Il Direttore del D.S.M.D.**

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>5</sup>

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

<sup>5</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<sup>6</sup>  
e/o RICHIESTA DI PROROGA INFERIORE AI 30 GIORNI**

<b>Verifica del progetto n° __</b>	Data:	
Valutazione:		
Punteggio BPRS:		
Punteggio GAF:		
Punteggio CAN:		
<b>Operatori che effettuano la verifica</b>		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma

<b>Verifica del progetto n° __</b>	Data:	
Valutazione:		
Punteggio BPRS:		
Punteggio GAF:		
Punteggio CAN:		
<b>Operatori che effettuano la verifica</b>		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma

**Il Responsabile del CSM**

Firma \_\_\_\_\_

<sup>6</sup> 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 PTAI.