

CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DI DATI PERSONALI E SANITARI

PER COLLABORAZIONE CON IL SERVIZIO SOCIALE DEL COMUNE DI RESIDENZA

(ai sensi del Regolamento UE 2016/679 – GDPR e del D.LGS. 196/2003 e s.m.i.)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il ____ / ____ / ____ / Codice Fiscale _____
residente in _____ Via/P.zza _____

- In qualità di diretto/a interessato/a
- in qualità di amministratore di sostegno

Dichiara

Di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali da parte dell'ASL, S.C. Cure Territoriali CSM di _____, ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 679/2016

Presta il proprio consenso

alla comunicazione e allo scambio dei propri dati personali (esclusi i dati particolari ovvero relativi allo inquadramento diagnostico e stato di salute)

Tra la ASL

e il

Servizio Sociale del Comune di _____

Per le seguenti finalità:

- predisposizione e attuazione di progetti terapeutici/riabilitativi
- valutazione integrata socio-sanitaria
- attivazione interventi educativi, assistenza domiciliare, inserimento socio-occupazionale
- altro
-

Modalità di trattamento

I dati potranno essere comunicati in forma scritta, telematica o orale, nel rispetto dei principi di necessità, minimizzazione e riservatezza.

Il presente consenso:

- ha validità fino a revoca scritta
- ha validità fino al ____ / ____ / ____

Il consenso può essere revocato in qualsiasi momento mediante richiesta scritta alla ASL, S.C. Cure Territoriali CSM di _____, fermo restando la liceità del trattamento effettuato prima della revoca.

Luogo e data

Firma dell'interessato

Firma dell'Assistente Sociale

P.G. ____/2026

Oristano,

Spett.le Responsabile Ufficio Servizi Sociali
del Comune di _____

Dr. _____
email del protocollo

eventuale email del Responsabile e/o assistente sociale

OGGETTO: Utente (iniziali) – Trasmissione richiesta intervento ambito L.R. n° 20/97 e succ. m.e.i. -

Con la presente si trasmette, in modalità riservata, la richiesta di intervento ai sensi dell'art. 10 della legge regionale in oggetto riguardante il/la sig. ____ra ____ in carico presso questo Centro di Salute Mentale dal _____.

Si chiede, pertanto, l'acquisizione dell'istanza al protocollo del Comune e la collaborazione della Assistente Sociale referente per l'utente, ai fini di valutazione sociale congiunta e condivisione piano di intervento.

Restando a disposizione si porgono distinti saluti.

Il Direttore f.f. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
Dott. Antonio Mignano

(se l'utente non è noto al Comune.....si può scrivere " si chiede la collaborazione dell'Assistente Sociale ai fini della conoscenza dell'utente e presa in carico sociale congiunta ")



Da presentare al Servizio Sociale

Al Sig. Sindaco
del Comune di _____

OGGETTO: Richiesta di intervento ai sensi dell'art. 10 L.R. 20 1997, n. 20, modificata dall'art. 33 L.R. 2/2007.

Il/La sottoscritt _____
 Nato a _____ il ____/____/____ e residente in questo
 Comune nella Via/Piazza _____ n. ____
 Tel. _____ C.F. _____

CHIEDE

☐ per se medesimo

Oppure in qualità di: (barrare la casella che interessa)

☐ esercente la potestà nei confronti del minore o ☐ interdetto o ☐ inabilitato o ☐ assistito dall'amministratore di sostegno di (nome) _____

Nat. a _____ il ____/____/____ e residente in questo Comune nella
 Via /Piazza _____ n. ____ CF. _____
 L'attuazione dell'intervento ai sensi dell'art. 10 della L.R. 20/97 come modificata dall'art. 33 L.R. 2/ 2007.

Luogo _____
(data)Firma

A tale scopo allega i seguenti documenti: (barrare la casella che interessa)

- ☐ Dichiarazione sostitutiva cumulativa (obbligatoria)
☐ Fotocopia documento d'identità in corso di validità (obbligatoria)
☐ Fotocopia tessera sanitaria (obbligatoria)
☐ copia conforme all'originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amm.re di sostegno.

- (1) ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000, la domanda in carta libera è sottoscritta e presentata, unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente oppure tramite un incaricato a mezzo posta.
 (2) Sono equipollenti alla carta di identità: passaporto, la patente di guida, la patente nautica, libretto di pensione, il patentino di abilitazione a impianti termici, il porto d'armi, le tessere di riconoscimento, purché munite di fotografia e timbro o di altra segnatura equivalente, rilasciate da un'Amministrazione dello Stato.

| Parte riservata alla A.S.L. | |
|---|--|
| A.S.L. n. _____ | |
| Unità Operativa _____ | |
| Si attesta che _____ è in carico a questa Unità Operativa dal _____ per infermità compresa nell'allegato "A" della L.R. 15/92, come integrato dall'art. 16 della L.R. 20/97, in grado di costituire motivo di perdita di capacità occupazionali e/o dell'autonomia del soggetto nelle comuni attività della vita quotidiana | |
| Unità Operativa (Timbro e Firma) _____ | |

ASL ORISTANO
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE
 Unità Operativa C.S.M. DISTRETTO DI _____

COMUNE DI
SERVIZIO SOCIALE

PROGETTO TERAPEUTICO – ABILITATIVO PERSONALIZZATO ADULTI

| | |
|------------------------|--|
| COGNOME | |
| NOME | |
| LUOGO | |
| DATA DI NASCITA | |
| INDIRIZZO | |

**SERVIZIO REFERENTE
 DEL PROGETTO**

Centro di Salute Mentale ASL di Oristano – Distretto di

Servizio Sociale del Comune di _____

**EQUIPE DI RIFERIMENTO
 PER IL PROGETTO**

Inserire qualifiche e nominativi degli operatori

Medico psichiatra:Assistente sociale:

Assistente Sociale del Comune

OPERATORE CHIAVE

Data di avvio del progetto: ____/____/____

ASL ORISTANO
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE
Unità Operativa C.S.M. DISTRETTO DI _____

COMUNE DI
SERVIZIO SOCIALE

SITUAZIONE ATTUALE

(Emergente dalla relazione sanitaria, socio-ambientale e dalla valutazione degli operatori del CSM)

BISOGNI RILEVATI

BISOGNI PRIORITARI: CASA/HABITAT SOCIALE E AFFETTIVITA'/SOCIALITA'

ASL ORISTANO
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE
Unità Operativa C.S.M. DI _____

COMUNE DI
SERVIZIO SOCIALE

BREVE DESCRIZIONE DEL PROGETTO

ASL ORISTANO
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE
Unità Operativa C.S.M. DISTRETTO DI _____

COMUNE DI
SERVIZIO SOCIALE

OBIETTIVI A BREVE / MEDIO / LUNGO TERMINE

| |
|--|
| |
|--|

DURATA DEL PROGETTO (TEMPISTICA E FASI PROGETTUALI)

| |
|--|
| |
|--|

PERIODICITA' DELLA VALUTAZIONE

| |
|--|
| |
|--|

SOGGETTO VALUTATORE

| |
|--|
| |
|--|

AZIONI PROGRAMMATE IN COGESTIONE

| |
|--------------------------|
| C.S.M. |
| M.M.G. |
| COMUNE |
| PRIVATO SOCIALE/FAMIGLIA |
| ALTRO |

RISORSE IMPIEGATE

| |
|--------------------------|
| OPERATORI SOCIO-SANITARI |
| OPERATORI TERRITORIALI |
| RETE FAMILIARE |
| ALTRO |

ASL ORISTANO
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE
Unità Operativa C.S.M. DISTRETTO DI _____

COMUNE DI
SERVIZIO SOCIALE

**CONTRATTO PER LA COGESTIONE DI UN PROGETTO TERAPEUTICO ABILITATIVO
PERSONALIZZATO ADULTI**

ANNO _____

Premesso che il presente documento vincola tutti i sottoscrittori dello stesso ad attuare le azioni e gli interventi specifici del progetto terapeutico abilitativo, condiviso con l'utente, all'attuazione del progetto sono chiamati:

| |
|---|
| ASL ORISTANO DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE Unità Operativa C.S.M. DISTRETTO DI _____ |
| COMUNE DI _____ SERVIZIO SOCIALE |
| BENEFICIARIO PROGETTO CONDIVISO SI |



REPUBBLICA ITALIANA
Tribunale di Oristano
Ufficio del Giudice Tutelare

ISTANZA PER LA NOMINA DI UN AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
(art. 407 C.C.)

ALLA CORTESE ATTENZIONE DEL GIUDICE TUTELARE

IL / LA sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il
_____, residente in _____, in via _____ n. _____,
reperibile al numero di telefono _____ indirizzo di posta elettronica
_____) in qualità di _____

CHIEDE

La nomina di un **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**, ai sensi degli articoli 404 e seguenti
del Codice Civile, per:

_____, nato/a a _____ il _____,
residente in _____, in via _____ n. _____

in quanto il soggetto in questione è **impossibilitato a provvedere personalmente alla
cura dei propri interessi** per i seguenti motivi:

- ☐ affetto da grave malattia mentale;
- ☐ in stato di coma;
- ☐ altro (specificare):

Indica nel seguente elenco i prossimi congiunti (coniuge, figli, fratelli, genitori) del soggetto per cui si chiede l'amministrazione di sostegno:

1) _____, nato/a a _____ il _____,
residente in _____, in via _____ n. _____ rapporto
di parentela _____¹

2) _____, nato/a a _____ il _____,
residente in _____, in via _____ n. _____ rapporto di
parentela _____

3) _____, nato/a a _____ il _____,
residente in _____, in via _____ n. _____ rapporto di
parentela _____

4) _____, nato/a a _____ il _____,
residente in _____, in via _____ n. _____ rapporto di
parentela _____

5) _____, nato/a a _____ il _____,
residente in _____, in via _____ n. _____ rapporto di
parentela _____

¹ Figlio, nipote, convivente, coniuge, genitore, ovvero altro tipo di relazione.

Se ricorre il caso di Istanza di Nomina di Amministratore Provvisorio

(barrare la casella corrispondente)

Chiedo la nomina di un amministratore provvisorio, poiché vi è urgenza di compiere i seguenti atti:

- interventi medici urgenti (indicare il tipo di intervento e la data in cui lo stesso dovrà essere eseguito);
- trasferimento immediato del soggetto presso una struttura di riposo o cura a seguito di dimissioni dall'ospedale;
- atti specifici necessari ed indifferibili (indicare il tipo di atto che deve essere compiuto nell'interesse del soggetto in questione)

Si propone per l'incarico di amministratore di sostegno definitivo/provisorio il signor nato a residente in perché venga autorizzato al compimento immediato degli atti indicati.

Oristano, _____

In fede

(firma) _____

(Allegare: 1) documento di identità dell'istante e della persona per la quale si chiede l'amministrazione di sostegno; 2) documentazione medica relativa alle condizioni di salute della persona per cui viene chiesta l'ADS; 3) ricevuta del pagamento telematico Pago PA dei diritti forfettizzati pari ad € 27,00

TRACCIA

Data

All'Ufficio della Volontaria Giurisdizione
c/o il Tribunale di ORISTANO

Oggetto: Utente _____ - Richiesta nomina amministratore di sostegno ex art. 404 e ss.c.c -
Relazione socio-sanitaria -

Dati dell'utente – cod.fisc. – residenza/domicilio – stato civile -

In carico al CSM di _____ dal _____ con diagnosi di _____

Premesso che

Quadro clinico: compromissione delle funzioni cognitive, alterazioni del giudizio critico, difficoltà nella gestione degli atti di ordinaria/straordinaria amministrazione, eventuali disturbi comportamentali, eventuale scarsa aderenza terapeutica
Specificare: autonomia nella cura della persona, capacità di gestione del denaro, capacità di comprendere il significato degli atti giuridici, capacità di esprimere consenso informato

Quadro sociale: autonomia personale (cura di sé, gestione domestica, capacità di assumere decisioni consapevoli, composizione nucleo familiare, rapporti con i familiari, supporti informali, situazione abitativa generale, fonti di reddito, invalidità civile, eventuale presenza debiti, capacità di gestire il denaro, eventuale occupazione o disoccupazione, fruizione di servizi, frequenza e adesione ai progetti o rifiuto, trascuratezza e/o eventuale compromissione nella gestione patrimoniale;
(eventuali note su rete familiare, conflitti, isolamento sociale, necessità di protezione)

Motivazione tecnica per la nomina di un AdS: derivante da ciò che è stato esposto in precedenza e quindi procedere a specificare gli ambiti in cui dovrebbe intervenire l'AdS, ovvero gestione economico-patrimoniale, consenso a trattamenti sanitari, rapporti con enti previdenziali, gestione pratiche amministrative
Segnalare il nominativo di eventuale familiare disponibile all'incarico (nel caso dare qualche informazione a supporto)
rimandando sempre ogni giusta valutazione al G.T. -

*Se si ravvisa urgenza (specificare motivi, es. rischio economico, rifiuto cure, vulnerabilità) si chiede adozione **provvedimento urgente e provvisorio ex art. 405 c.c.**, con nomina di un AdS con poteri immediatamente esecutivi limitatamente a: indicare quali ambiti, es: gestione conti correnti e rapporti bancari, riscossione pensioni/redditi, pagamento spese urgenti, consenso informato a trattamenti sanitari, ecc*

Allegati:

Istanza su modulo del Tribunale di riferimento

Certificazione medica attestante la condizione clinica laddove la parte clinica non venga conglobata nella relazione socio-sanitaria

Documentazione comprovante la situazione di rischio (atto di sfratto, solleciti, estratti conto, ecc.), che giustifichi per es. l'urgenza

Documento di identità del/la beneficiario/a.

ALL. 5

| | | | | | |
|--------------------------|----------------------------------|----------------------|-----------------------|-------------|--|
| PROGETTO INIZIALE | <input checked="" type="radio"/> | AGGIORNAMENTO | <input type="radio"/> | DATA | |
|--------------------------|----------------------------------|----------------------|-----------------------|-------------|--|

| | | | |
|------------------------|--|-------------------------|--|
| Cognome | | Nome | |
| Data di nascita | | Luogo di nascita | |
| | | | |

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

| | | |
|---|-----------------------|--|
| Posizione giuridica | <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 |
| Persona incaricata della amministrazione/curatela/tutela | Nome e Cognome: | |
| | Recapito: | |

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

| AREA DEL BISOGNO | | |
|--------------------------------|--------------------------|------------------|
| STABILIZZAZIONE CLINICA | <input type="checkbox"/> | Tipo di bisogno: |

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

| | | |
|-------------------------|--------------------------|------------------------|
| Si allega alla presente | <input type="checkbox"/> | relazione psichiatrica |
| | <input type="checkbox"/> | |

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

| Situazione abitativa | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> | Abitazione di proprietà familiare |
| <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 checked="" type="radio"/> | Vive con altri familiari |
| <input type="radio"/> | Altro (precisare) |

| Situazione lavorativa | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> | Occupato/a (specificare: _____) |
| <input checked="" 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 ¹ : _____ |

| 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 |

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

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Oristano

CSM Oristano
P.zza S. Martino, n. 1
CAP 09170 Città Oristano
Telefono 0783/317927

| | |
|---|--|
| <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 checked="" type="checkbox"/> | L. 162/98 |
| <input type="checkbox"/> | Altro |
| Entrata mensile totale (in euro) | |

| Invalidità | |
|---------------------------|--|
| No | <input checked="" type="radio"/> |
| SI (indicare il tipo): | <input checked="" 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) | | | |
|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--|
| SI | <input type="radio"/> | No | <input checked="" type="radio"/> |
| Art. 3 Comma 1 | <input type="checkbox"/> | L. 162/98* | SI <input checked="" type="checkbox"/> |
| Art. 3 Comma 3 | <input type="checkbox"/> | | No <input type="checkbox"/> |
| Indennità di accompagnamento | | SI <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| *Specificare il progetto: | | | |

| Collocamento mirato (L. 68/99 e successive integrazioni) | | | | | |
|---|-----------------------|--------------------------|---|--------------------------|-----------------------|
| Sì | <input type="radio"/> | No | <input checked="" type="radio"/> | In attesa di valutazione | <input type="radio"/> |
| 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): Il ragazzo essendo minore riceve un'indennità. |

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

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 da²:

Intervento socio-educativo riabilitativo

☐

Educatore Professionale

☐

Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TRP)

☐

Frequenza:

Infermiere

☐

Frequenza:

² Indicare i profili professionali degli operatori.

| | | | |
|--|---|--------------------------|------------------------------|
| | Assistente Sociale | <input type="checkbox"/> | Frequenza: |
| | Incontri con il nucleo familiare | <input type="checkbox"/> | Frequenza: |
| | | | Effettuati da ³ : |

| | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|
| Interventi semi-residenziali | Centro Diurno | <input type="checkbox"/> | Frequenza: |
| | Borsa lavoro dipartimentale/Formazione professionale/obbligo formativo/alternanza scuola lavoro | <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: |
| | Tirocinio formativo/Inserimento lavorativo (extra-dipartimentale: Comune, ASPAL, altri enti) | <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: | |
| Altro intervento | <input type="checkbox"/> | 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) | <input type="checkbox"/> | |
| | SRPAE/SRP2 (Struttura residenziale psichiatrica per adulti per trattamenti a carattere estensivo) | <input type="checkbox"/> | |
| | SRP3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> H 12 |

3 Indicare i profili professionali degli operatori.

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Oristano

C.S.M. Oristano
P.zza S. Martino, n. 1
CAP 09170 Città Oristano
Telefono 0783/317927

| | | | |
|---|--|--|--|
| | (Struttura residenziale psichiatrica per adulti per interventi socioriabilitativi) | | <input type="checkbox"/> H 24 |
| | Specificare indicazione per SRP3 con personale: | | |
| | Comunità doppia diagnosi | <input type="checkbox"/> | |
| | Altro | <input type="checkbox"/> | |
| Inserimento in struttura a carico di: | | <input type="checkbox"/> | DSMD |
| | | <input type="checkbox"/> | COMUNE |
| | | <input type="checkbox"/> | ALTRO ENTE (specificare): |
| | | <input type="checkbox"/> | COMPARTECIPAZIONE (specificare enti): |
| Collaborazione con altri servizi/enti/agenzie nella realizzazione del progetto | <input checked="" type="checkbox"/> | SERD | Nominativo Referente e recapito |
| | <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: | | | |

Luogo e data:

| Referenti del PTAI | | |
|--|----------------|-------|
| Qualifica professionale | Cognome e Nome | Firma |
| ⁴ Dirigente Medico Psichiatra | | |
| Assistente Sociale | | |
| Dirigente Psicologo | | |
| TerP | | |
| | | |

| |
|--|
| <p>Il Responsabile del CSM</p> <p>Firma _____</p> <p style="text-align: center;">Il Direttore del DSMD</p> <p>Firma _____</p> |
|--|

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: _____

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.

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

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 _____

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 PTAI.

TRACCIA

Data

Al Responsabile dell'Ufficio PUA
c/o ASL di ORISTANO

Oggetto: Utente _____ Richiesta valutazione UVT per inserimento in struttura non riabilitativa –

Dati dell'utente – cod.fisc. – residenza/domicilio – recapiti- eventuale nominativo AdS e di Ass.Soc. del Comune di residenza -

Inquadramento clinico : Cenni sulla presa in carico al CSM in ragione del fatto che si allega relazione psichiatrica contenente:

Diagnosi psichiatrica principale:, eventuali comorbidità (psichiatriche/somatiche), data presa in carico CSM, decorso patologia, cronico, con riacutizzazioni ecc

Motivazione di non riabilitabilità

Si attesta che l'utente (specificare quale voce ricorre):

ha già effettuato percorsi riabilitativi (specificare tipologia e durata):

non ha tratto benefici significativi in termini di recupero dell'autonomia;

presenta quadro clinico stabilizzato ma con **compromissione strutturata e permanente delle autonomie;**

non appare candidabile a ulteriori programmi riabilitativi intensivi;

necessita prevalentemente di **assistenza, protezione e contenimento socio-sanitario**, piuttosto che di intervento riabilitativo attivo

Condizione sociale e abitativa:

Utente vive solo, presenza rete familiare adeguata, caregiver fragile/inadeguato, situazione abitativa, criticità sociali rilevanti

Bisogno assistenziale prevalente

L'utente necessita di:

supporto continuativo o meno nelle attività di vita quotidiana

monitoraggio clinico/psichiatrico periodico , ecc

Si propone inserimento in:

struttura socio-assistenziale integrata

struttura socio-riabilitativa

RSA

Valutazione eventuale rischi in assenza di inserimento: In

Gravetrascuratezza

accessi ripetuti in P.S.

Documenti allegati

Relazione clinica

Riferimenti ADS, S.S. Comune, familiare

Alla luce del quadro clinico e socio-assistenziale sopra descritto, si richiede valutazione UVT ai fini dell'inserimento in struttura non riabilitativa idonea al bisogno assistenziale prevalente dell'utente, ritenendosi non indicato ulteriore percorso riabilitativo psichiatrico.

Unità Operativa:
CSM Oristano

PROGETTO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALIZZATO (PTAI)

PROGETTO INIZIALE

AGGIORNAMENTO

DATA

Cognome e Nome

Nato/a

Domicilio (via e n.)

Scolarità

Genitori/Tutor

Affidatari

MMG PLS

Tel.

Diagnosi

Equipe di riferimento

BIOGRAFICHE E DATI ANAMNESTICI

Storia sanitaria recente

DESCRIZIONE DEL PROGETTO/INTERVENTO

OBIETTIVI GENERALI

| |
|--|
| |
|--|

OBIETTIVI SPECIFICI PROPOSTI

| |
|--|
| |
|--|

INTERVENTI RIFIUTATI E INTERVENTI ACCOLTI

| |
|--|
| |
|--|

Sede

CSM di

Data

FIRMA DEI COMPONENTI DELL'EQUIPE

QUALIFICA

Psichiatra

Assistente sociale

TeRP

FIRMA UTENTE

| |
|--|
| |
|--|