

<i>ALLEGATO A1</i> <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>Posizione giuridica</b>		Nessun istanza inoltrata al Giudice Tutelare
		Istanza inoltrata e in attesa di definizione
		Amministrazione di sostegno
		Curatela
		Tutela
<b>Persona incaricata della amministrazione/curatela/tutela</b>	Nome e Cognome:	
	Recapito:	

<b>Misure di sicurezza</b>		Nessuna
		Libero vigilato (fine pena: _____)
		Arresti domiciliari (fine pena: _____)

	Altro (specificare: _____)
--	----------------------------

<b>AREA DEL BISOGNO</b>	
-------------------------	--

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

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

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

<b>Diagnosi (DSM 5)</b>	
-----------------------------	--

<b>Terapia psichiatrica attuale</b>	
<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>	
	Analfabeta (1)
	Licenza Elementare (2)
	Scuola Media Inferiore (3)
	Scuola Media Superiore (4)
	Laurea (5)
Per risposte (4) o (5), precisare:	

<b>Situazione abitativa</b>
-----------------------------

	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 <sup>1</sup> : _____
--	---------------------------------------

Situazione economica	
	Senza reddito
	Reddito da lavoro
	Pensione da lavoro
	Assegno mensile di invalidità
	Indennità di accompagnamento
	Pensione INAIL
	Pensione di reversibilità
	Pensione sociale
	Contributo economico del Comune
	Aiuto dei familiari
	Aiuto delle associazioni di volontariato
	L.R. 20/97
	L. 162/98
	Altro (specificare: _____)
<b>Entrata mensile totale (in euro)</b>	

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

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

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	
Esito valutazione	1	Non possiede residue capacità lavorative	
	2	Sussistono potenziali capacità lavorative. Il recupero e/o lo sviluppo delle capacità lavorative può avvenire tramite percorsi e progetti individuali.	
	3	Sussistono capacità lavorative che possono essere utilizzate in mansioni compatibili ed in ambienti idonei attraverso il collocamento mirato.	
	4	Altro (specificare):	

VALUTAZIONE PSICOMETRICA			
TEST	FUNCTIONING (GAF)		
BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)	EVENTUALE ALTRO TEST REATTIVO		
GLOBAL ASSESSMENT OF	Data valutazione: _____		Valutatore: _____

**Funzionamento personale e sociale**

Data valutazione: \_\_\_\_\_ Psichiatra/Psicologo: \_\_\_\_\_

<b>Valutazione Psicopatologica</b>	
Umore	
Ansia	
Pensiero	
Controllo degli impulsi	
Controllo e gestione delle emozioni	

<b>VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA</b>

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

**FUNZIONAMENTO PERSONALE E SOCIALE**

TEST	PUNTEGGIO TOTALE	NOTE
CAMBERWELL ASSESSMENT OF NEED (CAN)		

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

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

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



	Lungo termine	

<b>Interventi sanitari, assistenziali e riabilitativi dell'U.O. inviante</b>	<b>Medico</b>		Frequenza:				
	<b>Psicologo</b>		Frequenza:				
	<b>Visite a domicilio in struttura</b>			Frequenza:			
				Effettuate da <sup>2</sup> :			
	<b>Intervento socio-educativo riabilitativo</b>			Educatore Professionale		Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TRP)	
				Frequenza:			
	<b>Infermiere</b>			Frequenza:			
	<b>Assistente Sociale</b>			Frequenza:			
<b>Incontri con il nucleo familiare</b>			Frequenza:				
			Effettuati da <sup>3</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</b>		Ente promotore:			
		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>	Tipo di attività:
		Durata (in mesi):
		Frequenza:
		Rimborso spese:
	<b>Altro intervento</b>	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)		
	<b>SRPAE/SRP2</b> (Struttura residenziale psichiatrica per adulti per trattamenti a carattere estensivo)		
	<b>SRP3</b> (Struttura residenziale psichiatrica per adulti per interventi socioriabilitativi)		H 12
	Specificare indicazione per SRP3 con personale:		H 24
	<b>Comunità doppia diagnosi</b>		
	<b>Altro</b>		

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

	<b>Nominativo Referente e recapito</b>
--	--

<b>Collaborazione con altri servizi/enti/agenzie nella realizzazione del progetto</b>	SERD	
	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
4		

**Il Responsabile del CSM**

Firma \_\_\_\_\_

**Il Direttore del DSMD**

4 Case manager

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: \_\_\_\_\_

### VERIFICHE PERIODICHE DEL PROGETTO PERSONALIZZATO<sup>6</sup> e/o RICHIESTA DI PROROGA INFERIORE AI 30 GIORNI

<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.

<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.

<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 \_\_\_\_\_

**IL DIRETTORE CSM DI NUORO**

FIRMA \_\_\_\_\_



**IL DIRETTORE DSMD ZONA CENTRO**

F

FIRMA \_\_\_\_\_