

<b>ALLEGATO A2 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>Situazione genitoriale</b>	<input type="checkbox"/>	Affidamento congiunto
	<input type="checkbox"/>	Affidamento esclusivo
	<input type="checkbox"/>	Tutela legale
<b>Genitori o persona incaricata della tutela</b>	Nome e cognome:	
	Recapito:	

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

<b>Terapia psichiatrica attuale</b>	
-------------------------------------	--

<b>Effetti indesiderati o iatrogeni</b>	

<b>Patologie organiche</b>	
<b>Attuali terapie mediche generali</b>	

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

<b>Coinvolgimento Tribunale per i minori</b>		Nessuno
		Segnalazioni
		Provvedimenti
		Altro

<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>Quadro Socio-familiare</b>	
-------------------------------	--

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

**DURATA PREVISTA DELL'INTERVENTO** (in mesi): \_\_\_\_\_

<b>Quadro Scolastico</b>	
	Scuola primaria

	Scuola secondaria di I grado
	Scuola secondaria di II grado
	Insegnante di sostegno
	Assistenza Educativa
PEI PDP Diagnosi Funzionale: validità	

Riconoscimenti di legge				
Sì		No		
Esito: _____ %				
<b>Indennità di frequenza</b>	Sì		No	
<b>Indennità di accompagnamento</b>	Sì		No	

Stato di handicap (L. 104/92)				
Sì		No		
<b>Art. 3 Comma 1</b>		<b>L. 162/98*</b>	Sì	
<b>Art. 3 Comma 3</b>			No	
*Specificare il progetto:				

Profilo funzionale	
Area Cognitiva	
Area Neuropsicologica	
Area del Linguaggio e Comunicazione	
Area Emotivo	

Relazionale	
Area delle Capacità Adattive	
Area Motorio Prassica	
Area Neuro Sensoriale	

Valutazione Psicopatologica	
Umore	
Ansia	
Pensiero	
Controllo degli impulsi	
Controllo e gestione delle emozioni	

Valutazione Psicometrica		
<b>VINELAND "adptive Behaviour Scale"</b>	Età anagrafica	
	Comunicazione età equivalente	
	Abilità quotidiane età equivalente	
	Abilità motorie età equivalente	
	Scala composta età equivalente	
<b>ADOS-2</b>	Punteggio affetto sociale AF	
	Punteggio comportamenti ristretti e ripetitivi CRR	
	Totale AF+CRR	
<b>ADI-R</b>	Linguaggio e comunicazione	
	Interazione sociale reciproca	

	Comportamenti stereotipati interessi ristretti	
	Totale	
<b>K-SADS-DSMV</b>	Intervista di screening + supplementi di approfondimento	

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

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

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

<b>Interventi sanitari, assistenziali e riabilitativi residenziali dell'U.O. inviante</b>	<b>Medico</b>		Frequenza:			
	<b>Psicologo</b>		Frequenza:			
	<b>Visite a domicilio in struttura</b>		Frequenza:			
			Effettuate da <sup>1</sup> :			
	<b>Intervento socioeducativo riabilitativo</b>		Educatore Professionale		Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TRP)	
			Frequenza:			
	<b>Assistente Sociale</b>		Frequenza:			
<b>Incontri con il nucleo familiare</b>		Frequenza:				
		Effettuati da <sup>2</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 (extra-dipartimentale):</b>		Ente promotore:		
			Azienda ospitante (nome azienda, sede operativa):		
			Tipo di attività:		

1 Indicare i profili professionali degli operatori.

2 Indicare i profili professionali degli operatori.

	<b>Comune, ASPAL, altri enti)</b>	Durata (in mesi):
		Frequenza:
	<b>Altro intervento</b>	Rimborso spese:
		Ente promotore:
		Azienda ospitante (nome azienda, sede operativa):
		Tipo di attività:
		Durata (in mesi):
		Frequenza:
Rimborso spese:		

<b>Inserimento presso struttura residenziale</b>	<b>SRP1 (ex SRMAI)<sup>3</sup></b>	
	<b>SRP2 (ex SRMAE)<sup>4</sup></b>	
	<b>SRP3<sup>5</sup></b> Specificare indicazione per SRP3 con personale:	H 12
		H 24
	<b>Comunità per Doppia Diagnosi</b>	
	<b>Comunità Socio integrata</b>	
<b>Altra situazione abitativa</b>		
<b>Inserimento in struttura a carico di:</b>	DSMD	
	COMUNE	
	ALTRO ENTE (specificare):	
	COMPARTECIPAZIONE (specificare enti):	

3 Struttura residenziale psichiatrica per minori per trattamenti a carattere intensivo incluse SDRAGADM (SRP1).

4 Struttura residenziale psichiatrica per minori per trattamenti a carattere estensivo (SRP2) incluse CDCA e SRDSA.

5 Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socio riabilitativi.



		Nominativo Referente
<b>Collaborazione con altri servizi/enti/agenzie nella realizzazione del progetto</b>	SERD	
	<b>Servizi di NPIA:</b> (UOC NPI AOU Sassari/ Cagliari)	
	Medicina Generale	
	Servizi Sociali Comunali	
	Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE)	
	Ufficio di servizio sociale per i minorenni (U.S.S.M)	
	Altro (specificare):	
Tipologia di intervento:		

**Luogo e data:**

Referenti del PTAI		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma
6		

\_\_\_\_\_

6 Case manager.

<b>Il Responsabile del Serv. NPIA</b>
Firma _____
<b>Il Direttore del DSMD</b>
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 dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eventuale persona incaricata di tutela/curatela/amministrazione di sostegno<sup>7</sup>

Luogo e data:

\_\_\_\_\_

Firma:

\_\_\_\_\_

Firma del minore P.P.V

\_\_\_\_\_

**VERIFICHE PERIODICHE DEL PROGETTO PERSONALIZZATO<sup>8</sup>  
 e/o RICHIESTA DI PROROGA INFERIORE AI 30 GIORNI**

<b>Verifica del progetto n° __</b>	Data:	
Valutazione equipe:		
VINELAD:		
K-SADS:		
<b>Operatori che effettuano la verifica</b>		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma

<b>Verifica del progetto n° __</b>	Data:	
Valutazione equipe:		

<sup>7</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>8</sup> Le verifiche periodiche, che dovranno essere fatte a cadenza trimestrale, verranno effettuate dall'equipe curante NPI, al fine di valutare l'andamento del percorso riabilitativo e il raggiungimento degli obiettivi prefissati con la compilazione del PTAl.

<b>VINELAD:</b>		
<b>K-SADS:</b>		
<b>Operatori che effettuano la verifica</b>		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma

Il Responsabile della NPIA

Firma \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE DSMD Zona Centro

Firma \_\_\_\_\_