

ALLEGATO A2 PROGETTO INIZIALE		AGGIORNAMENTO		DATA	
--	--	----------------------	--	-------------	--

Cognome		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Codice Fiscale			

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

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

Diagnosi (DSM V)	
-----------------------------	--

Terapia psichiatrica attuale	
-------------------------------------	--

Effetti indesiderati o iatrogeni	

Patologie organiche	
Attuali terapie mediche generali	

Medico di Medicina Generale (recapito)	
---	--

Coinvolgimento Tribunale per i minori		Nessuno
		Segnalazioni
		Provvedimenti
		Altro

AREA DEL BISOGNO		
STABILIZZAZIONE CLINICA		Tipo di bisogno: Soluzione ipotizzata:

ABITARE		Tipo di bisogno: Soluzione ipotizzata:
SOCIALITÀ		Tipo di bisogno: Soluzione ipotizzata:
FORMAZIONE/ LAVORO		Tipo di bisogno: Soluzione ipotizzata:

Quadro Socio-familiare	
-------------------------------	--

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

DURATA PREVISTA DELL'INTERVENTO (in mesi): _____

Quadro Scolastico	
	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: _____ %				
Indennità di frequenza	Sì		No	
Indennità di accompagnamento	Sì		No	

Stato di handicap (L. 104/92)				
Sì		No		
Art. 3 Comma 1		L. 162/98*	Sì	
Art. 3 Comma 3			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		
VINELAND "adptive Behaviour Scale"	Età anagrafica	
	Comunicazione età equivalente	
	Abilità quotidiane età equivalente	
	Abilità motorie età equivalente	
	Scala composta età equivalente	
ADOS-2	Punteggio affetto sociale AF	
	Punteggio comportamenti ristretti e ripetitivi CRR	
	Totale AF+CRR	
ADI-R	Linguaggio e comunicazione	
	Interazione sociale reciproca	

	Comportamenti stereotipati interessi ristretti	
	Totale	
K-SADS-DSMV	Intervista di screening + supplementi di approfondimento	

Descrizione del progetto		
---------------------------------	--	--

Obiettivi del progetto	Breve termine	
	Medio termine	

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

Interventi sanitari, assistenziali e riabilitativi residenziali dell'U.O. inviante	Medico		Frequenza:			
	Psicologo		Frequenza:			
	Visite a domicilio in struttura		Frequenza:			
			Effettuate da ¹ :			
	Intervento socioeducativo riabilitativo		Educatore Professionale		Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TRP)	
			Frequenza:			
	Assistente Sociale		Frequenza:			
Incontri con il nucleo familiare		Frequenza:				
		Effettuati da ² :				

Interventi semi-residenziali	Centro Diurno		Frequenza:		
	Borsa lavoro dipartimentale/Formazione professionale/obbligo formativo/alternanza scuola lavoro		Ente promotore:		
			Azienda ospitante (nome azienda, sede operativa):		
			Tipo di attività:		
			Durata (in mesi):		
			Frequenza:		
			Rimborso spese:		
	Tirocinio formativo/inserimento lavorativo (extra-dipartimentale):		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.

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

Inserimento presso struttura residenziale	SRP1 (ex SRMAI)³	
	SRP2 (ex SRMAE)⁴	
	SRP3⁵ Specificare indicazione per SRP3 con personale:	H 12
		H 24
	Comunità per Doppia Diagnosi	
	Comunità Socio integrata	
Altra situazione abitativa		
Inserimento in struttura a carico di:	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
Collaborazione con altri servizi/enti/agenzie nella realizzazione del progetto	SERD	
	Servizi di NPIA: (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.

Il Responsabile del Serv. NPIA
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 dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale:

Eventuale persona incaricata di tutela/curatela/amministrazione di sostegno⁷

Luogo e data:

Firma:

Firma del minore P.P.V

**VERIFICHE PERIODICHE DEL PROGETTO PERSONALIZZATO⁸
 e/o RICHIESTA DI PROROGA INFERIORE AI 30 GIORNI**

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

Verifica del progetto n° __	Data:	
Valutazione equipe:		

⁷ 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.

⁸ 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.

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

Il Responsabile della NPIA

Firma _____

IL DIRETTORE DSMD Zona Centro

Firma _____