

<b>ALLEGATO A3 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>Amministratore di Sostegno</b>	Nome e Cognome:
	Recapito:

<b>Problemi legali/giudiziari</b>	
	Nessuno
	Altro (specificare: _____)

<b>Scolarità</b>	
	Analfabeta
	Licenza Elementare

	Scuola Media Inferiore
	Scuola Media Superiore
	Laurea

### Situazione abitativa

	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
	Casalingo/a
	Studente/ssa
	Pensionato/a o ritirato/a dal lavoro
	Altra condizione: _____

Situazione economica	
	Senza reddito
	Reddito da lavoro
	Pensione da lavoro
	Assegno mensile di invalidità
	Indennità di Accompagnamento
	Pensione INAIL
	Pensione di reversibilità
	Pensione sociale
	L.R. 20/97
	L. 162/98
	Altro (specificare: _____)

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

Sì		No	
Art. 3 Comma 1	L. 162/98*		Sì
Art. 3 Comma 3			No
<b>Indennità di accompagnamento</b>			
Sì		No	
*Specificare il progetto:			

<b>Collocamento mirato</b> (L. 68/99 e successive integrazioni)			
Sì	No	In attesa di valutazione	

<b>Condizioni mediche generali</b>	
<b>Altre terapie mediche generali</b>	

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

<b>Cartella Ser.D.</b>	n. _____ del _____
<b>Tipologia di trattamento</b>	

--	--

<b>Diagnosi</b>	
-----------------	--

**VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA**

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

Valutatore: \_\_\_\_\_

AREA DEL BISOGNO		
<b>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>Parametri da valutare</b>	Motivazione dell'inserimento	
	Abilità e	

	potenzialità	
	Opportunità e criticità che condizionano la relazione con il paziente	
	Rete sociale	
	Precedenti Trattamenti residenziali	
	Rischio imminente di grave deriva sociale o reato	

<b>Programmazione interventi sanitari, assistenziali e riabilitativi dell'U.O. inviante</b>	<b>Medico</b>		Frequenza:
	<b>Psicologo</b>		Frequenza:
	<b>Educatore Professionale</b>		Frequenza:
	<b>Infermiere</b>		Frequenza:
	<b>Assistente Sociale</b>		Frequenza:

<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/</b>		Ente promotore:	

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

<b>Tipologia struttura residenziale</b>	<b>Centro di Pronta Accoglienza Osservazione e Orientamento</b>		
	<b>Servizio Residenziale Pedagogico - Riabilitativo</b>		
	<b>Servizio Residenziale per alcoldipendenti</b>		
	<b>Servizio Residenziale Terapeutico - Riabilitativo</b>		
	<b>Servizio Residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche (Doppia Diagnosi)</b>		
	<b>Servizio Residenziale per donne tossicodipendenti in gravidanza</b>		

	e/o madri con bambino		
	Servizio Residenziale per minori dipendenti da sostanze d'abuso		
Inserimento in struttura a carico di:		DSMD	
		COMUNE	
		ALTRO ENTE (specificare):	
		COMPARTICIPAZIONE (specificare enti):	

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

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

Obiettivi del progetto	Breve termine	
	Medio termine	
	Lungo termine	

			Nominativo Referente e recapito
<b>Collaborazione con altri servizi/enti/agenzie nella realizzazione del progetto</b>		Alcologia	
		CSM	
		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
1		

**Il Responsabile del SER.D**

1 Case manager

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: \_\_\_\_\_

Eventuale persona incaricata di tutela/curatela/amministrazione di sostegno<sup>2</sup>

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

Firma: \_\_\_\_\_

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

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

<sup>2</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.


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

**Il Responsabile del SER.D**

Firma \_\_\_\_\_