

PROGETTO INIZIALE	<input type="radio"/>	AGGIORNAMENTO	<input type="radio"/>	DATA di compilazione	
--------------------------	-----------------------	----------------------	-----------------------	--------------------------------	--

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)	

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 type="radio"/>	Libero vigilato (fine pena: _____)
	<input type="radio"/>	Arresti domiciliari (fine pena: _____)
	<input type="radio"/>	Altro (specificare: _____)

AREA DEL BISOGNO		
STABILIZZAZIONE CLINICA	<input type="checkbox"/>	Tipo di bisogno:
ABITARE	<input type="checkbox"/>	Tipo di bisogno:
SOCIALITÀ	<input type="checkbox"/>	Tipo di bisogno:
FORMAZIONE/ LAVORO	<input type="checkbox"/>	Tipo di bisogno:

DURATA PREVISTA DELL'INTERVENTO

(in mesi): _____

**Diagnosi
(DSM 5)**
Terapia psichiatrica attuale
Effetti indesiderati o iatrogeni
Altre patologie non psichiatriche

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze
 Via Amendola, n. 55 07100 Sassari tel. 079/2062220
 dsmd.sassari@aslsassari.it
 dsmd.sassari@pec.aslsassari.it
 www.asl1sassari.it

CSM _____
 Via _____, n. ____
 CAP _____ Città _____
 Telefono _____
 e-mail: _____

Attuali terapie mediche generali	

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

Scolarità	
<input type="radio"/>	Analfabeta (1)
<input type="radio"/>	Licenza Elementare (2)
<input 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 type="radio"/>	Abitazione di proprietà
<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 type="radio"/>	Vive con altri familiari
<input type="radio"/>	Altro (precisare)

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

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

<input type="checkbox"/>	Pensione da lavoro/Pensione INAIL
<input type="checkbox"/>	Assegno mensile di invalidità
<input type="checkbox"/>	Indennità di accompagnamento
<input type="checkbox"/>	Pensione di reversibilità
<input type="checkbox"/>	Contributo economico del Comune
<input type="checkbox"/>	Aiuto dei familiari
<input type="checkbox"/>	L.R. 20/97
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare: _____)
Entrata mensile totale (in euro)	

Invalidità		
No	<input type="radio"/>	
Sì (indicare il tipo):	<input type="checkbox"/>	Invalidità civile (L. 66/62; L. 381/70; L. 382/70; L. 118/71)
	<input type="checkbox"/>	Invalidità del lavoro (D.P.R. 1124/64)
Esito: _____ %		

Stato di handicap (L. 104/92)				
Sì	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	
Art. 3 Comma 1	<input type="checkbox"/>	L. 162/98*	Sì	<input type="checkbox"/>
Art. 3 Comma 3	<input type="checkbox"/>		No	<input type="checkbox"/>
Indennità di accompagnamento		Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
*Specificare il progetto:				

Collocamento mirato (L. 68/99 e successive integrazioni)					
Sì	<input type="radio"/>	No	<input 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):

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

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 (indicare anche obiettivi a breve/medio/lungo termine)	
---	--

--	--

Interventi sanitari, assistenziali e riabilitativi dell'U.O. inviante	Medico	<input type="checkbox"/>	Frequenza:		
	Psicologo	<input type="checkbox"/>	Frequenza:		
	Visite a domicilio in struttura	<input type="checkbox"/>	Frequenza:		
	Intervento socio-educativo riabilitativo	<input type="checkbox"/>	Effettuate da ² :		
	Infermiere	<input type="checkbox"/>	Frequenza:		
	Assistente Sociale	<input type="checkbox"/>	Frequenza:		
	Incontri con il nucleo familiare	<input type="checkbox"/>	Frequenza:		
		<input type="checkbox"/>	Effettuati da ³ :		

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 (Struttura residenziale psichiatrica per adulti per interventi socioriabilitativi)	<input type="checkbox"/>	

2 Indicare i profili professionali degli operatori.

3 Indicare i profili professionali degli operatori.

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze
 Via Amendola, n. 55 07100 Sassari tel. 079/2062220
 dsmd.sassari@aslsassari.it
 dsmd.sassari@pec.aslsassari.it
 www.asl1sassari.it

CSM _____
 Via _____, n. ____
 CAP ____ Città _____
 Telefono _____
 e-mail: _____

Inserimento in struttura a carico di:	<input type="checkbox"/>	DSMD
	<input type="checkbox"/>	COMPARTICIPAZIONE (specificare enti):

		Nominativo Referente e recapito
Collaborazione con altri servizi/enti/agenzie nella realizzazione del progetto	<input type="checkbox"/>	SERD/Alcologia
	<input type="checkbox"/>	NPI/Autismo/DAN
	<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		

4 Case manager

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze
 Via Amendola, n. 55 07100 Sassari tel. 079/2062220
 dsmd.sassari@aslsassari.it
 dsmd.sassari@pec.aslsassari.it
 www.asl1sassari.it

CSM _____
 Via _____, n. ____
 CAP ____ Città _____
 Telefono _____
 e-mail: _____

Il Responsabile del CSM

Firma _____

Il Direttore/Referente 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 sostegno⁵

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.

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze
Via Amendola, n. 55 07100 Sassari tel. 079/2062220
dsmd.sassari@aslsassari.it
dsmd.sassari@pec.aslsassari.it
www.asl1sassari.it

CSM _____
Via _____, n. ____
CAP ____ Città _____
Telefono _____
e-mail: _____

Luogo e data: _____ Firma: _____

**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

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.

--	--	--

Il Responsabile del CSM

Firma _____