

PROGETTO INIZIALE	<input type="radio"/>	AGGIORNAMENTO	<input type="radio"/>	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)	

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:	

AREA DEL BISOGNO		
STABILIZZAZIONE CLINICA	<input type="checkbox"/>	
ABITARE	<input type="checkbox"/>	
SOCIALITÀ	<input type="checkbox"/>	

DURATA PREVISTA DELL'INTERVENTO	(in mesi): _____
--	------------------

Diagnosi (DSM 5)	
-------------------------	--

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

Effetti indesiderati o iatrogeni	
Altre patologie non psichiatriche	
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:	

ATTIVAZIONE DIDATTICA INDIVIDUALIZZATA					
Sì	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	In attesa di attivazione	<input type="radio"/>
	1	<input type="checkbox"/>	PDP		
	2	<input type="checkbox"/>	DID		
	3	<input type="checkbox"/>	STRUMENTI COMPENSATIVI		
	4	<input type="checkbox"/>	STRUMENTI DISPENSATIVI		

STATO DI HANDICAP (L. 104/92)					
Sì		○	No		
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"/>
Codice esenzione		005.307.1 AN <input type="checkbox"/>	005.307.51 BN <input type="checkbox"/>		
Indennità di accompagnamento		Sì <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
*Specificare il progetto:					

VALUTAZIONE PSICOMETRICA		
TEST	PUNTEGGIO TOTALE	NOTE
EDI-3		
MMPI		
Data valutazione: _____ Psichiatra/Psicologo:: _____		

FUNZIONAMENTO PERSONALE E SOCIALE
Data valutazione: _____ Valutatore

Valutazione Psicopatologica	
Umore	
Ansia	
Pensiero	
Controllo degli impulsi	
Controllo e gestione delle emozioni	
Data valutazione: _____ Valutatore _____	

VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA
Data valutazione: _____ Psicologo: _____

FUNZIONAMENTO PERSONALE E SOCIALE

TEST- SCALA DI VALUTAZIONE	PUNTEGGIO TOTALE	NOTE

Data valutazione: _____ Educatore P.: _____

Descrizione del progetto**Obiettivi del progetto**

Breve termine

	Medio termine	
	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:			
			Effettuate da ⁱ :			
	Intervento socio-educativo riabilitativo	<input type="checkbox"/>	Educatore Professionale	<input type="checkbox"/>	Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TRP)	<input type="checkbox"/>
			Frequenza:			
	Infermiere	<input type="checkbox"/>	Frequenza:			
Assistente Sociale	<input type="checkbox"/>	Frequenza:				
Incontri con il nucleo familiare	<input type="checkbox"/>	Frequenza:				
		Effettuati da ⁱⁱ :				

i Indicare i profili professionali degli operatori.

ii Indicare i profili professionali degli operatori.

www.asl1sassari.it

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

SSD Disturbi Alimentazione e Nutrizione

Via Amendola 55 1° piano
 CAP 07100 Città SASSARI
 dan.dsmd@aslsassari.it

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) Specificare indicazione per SRP3 con personale:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> H 12
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> H 24
	Comunità doppia diagnosi	<input type="checkbox"/>	
	Altro	<input type="checkbox"/>	
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"/>	ASD
	<input type="checkbox"/>	CSM
	<input type="checkbox"/>	Medicina Generale
	<input type="checkbox"/>	AOU NPI
	<input type="checkbox"/>	Altro (specificare):
Tipologia di intervento:		

Luogo e data:

Referenti del PTAI		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma

Il Referente del SSD DAN

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 sostegnoⁱⁱⁱ

Luogo e data: _____ Firma: _____

ⁱⁱⁱ 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.

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

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

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

Il Responsabile del SSD DAN

Firma _____

^{iv} 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.