

<b>PROGETTO INIZIALE</b>	<input type="radio"/>	<b>AGGIORNAMENTO</b>	<input type="radio"/>	<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>Posizione giuridica</b>	<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
<b>Persona incaricata della amministrazione/curatela/tutela</b>	Nome e Cognome:	
	Recapito:	

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

<b>DURATA PREVISTA DELL'INTERVENTO</b>	(in mesi): _____
--	------------------

<b>Diagnosi (DSM 5)</b>	
-------------------------	--

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

<b>Effetti indesiderati o iatrogeni</b>	
<b>Altre patologie non psichiatriche</b>	
<b>Attuali terapie mediche generali</b>	

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

<b>SCOLARITÀ</b>	
<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:	

<b>ATTIVAZIONE DIDATTICA INDIVIDUALIZZATA</b>					
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"/>	<b>L. 162/98*</b>		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

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

<b>VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA</b>
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	

<b>Interventi sanitari, assistenziali e riabilitativi dell'U.O. inviante</b>	<b>Medico</b>	<input type="checkbox"/>	Frequenza:			
	<b>Psicologo</b>	<input type="checkbox"/>	Frequenza:			
	<b>Visite a domicilio in struttura</b>	<input type="checkbox"/>	Frequenza:			
			Effettuate da <sup>i</sup> :			
	<b>Intervento socio-educativo riabilitativo</b>	<input type="checkbox"/>	Educatore Professionale	<input type="checkbox"/>	Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TRP)	<input type="checkbox"/>
			Frequenza:			
	<b>Infermiere</b>	<input type="checkbox"/>	Frequenza:			
<b>Assistente Sociale</b>	<input type="checkbox"/>	Frequenza:				
<b>Incontri con il nucleo familiare</b>	<input type="checkbox"/>	Frequenza:				
		Effettuati da <sup>ii</sup> :				

i Indicare i profili professionali degli operatori.

ii Indicare i profili professionali degli operatori.

<b>Inserimento in struttura residenziale</b>	<b>SRPAI/SRP1</b> (Struttura residenziale psichiatrica per adulti per trattamenti a carattere intensivo)	<input type="checkbox"/>	
	<b>SRPAE/SRP2</b> (Struttura residenziale psichiatrica per adulti per trattamenti a carattere estensivo)	<input type="checkbox"/>	
	<b>SRP3</b> (Struttura residenziale psichiatrica per adulti per interventi socioriabilitativi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> H 12
	Specificare indicazione per SRP3 con personale:		<input type="checkbox"/> H 24
	<b>Comunità doppia diagnosi</b>	<input type="checkbox"/>	
	<b>Altro</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>Inserimento in struttura a carico di:</b>		<input type="checkbox"/>	<b>DSMD</b>
		<input type="checkbox"/>	<b>COMPARTICIPAZIONE (specificare enti):</b>

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

<b>Luogo e data:</b>
----------------------

<b>Referenti del PTAI</b>		
<b>Qualifica professionale</b>	<b>Cognome e Nome</b>	<b>Firma</b>

**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 sostegno<sup>iii</sup>

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

<sup>iii</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.

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

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

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

**Il Responsabile del SSD DAN**

Firma \_\_\_\_\_

<sup>iv</sup> 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.