

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)	

Responsabilità genitoriale		Affidamento congiunto
		Affidamento esclusivo
		Tutela legale
Genitori o persona incaricata della tutela	Nome e cognome:	
	Recapito:	

Coinvolgimento Tribunale per i minori		Nessuno
		Segnalazioni
		Provvedimenti
		Altro

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

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

Effetti indesiderati o iatrogeni	

Patologie organiche	
Attuali terapie mediche generali	

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

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 "adaptive 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	Medico		Frequenza:
	Psicologo		Frequenza:
	Visite a domicilio in struttura		Frequenza:
			Effettuate da ¹ :

¹ Indicare i profili professionali degli operatori.

dell'U.O. inviante	Intervento socioeducativo riabilitativo		Educatore Professionale		Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TRP)	
			Frequenza:			
	Assistente Sociale		Frequenza:			
	Incontri con il nucleo familiare		Frequenza:			
			Effettuati da ⁱⁱ :			

Interventi semi-residenziali	Centro Diurno		Frequenza:			
	Altro intervento		Ente promotore:			
			Azienda ospitante (nome azienda, sede operativa):			
			Tipo di attività:			
			Durata (in mesi):			
			Frequenza:			
			Rimborso spese:			

Inserimento presso struttura residenziale	SRP1 (ex SRMAI)ⁱⁱⁱ					
	SRP2 (ex SRMAE)^{iv}					
	SRP3^v Specificare indicazione per SRP3 con personale:			H 12		
				H 24		
	Comunità Socio integrata					
	Altra situazione abitativa					
Inserimento in struttura a carico di:			DSMD			
			COMPARTECIPAZIONE (specificare enti):			

ii Indicare i profili professionali degli operatori.

iii Struttura residenziale psichiatrica per minori per trattamenti a carattere intensivo incluse SDRAGADM (SRP1).

iv Struttura residenziale psichiatrica per minori per trattamenti a carattere estensivo (SRP2) incluse CDCA e SRDSA.

v Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socio riabilitativi.

		Nominativo Referente
Collaborazione con altri servizi/enti/agenzie nella realizzazione del progetto	SERD/CSM/Alcologia/DAN/Autismo	
	Servizi di NPI: (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
vi		

Il Responsabile del S.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Firma _____

Il Direttore/Referente del DSMD

Firma _____

vi Case manager.

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 sostegno^{vii}

Luogo e data:

Firma:

Firma del minore P.P.V

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

Il Responsabile del S.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Firma _____

Il direttore/Referente del DSMD

Firma _____