

PROGETTO TERAPEUTICO ABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO	<input type="radio"/>	PROROGA	<input type="radio"/>
--	-----------------------	----------------	-----------------------

Cognome		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	

Stato civile	
Cittadinanza	
Residenza	
Eventuale domicilio	
Recapito telefonico	
Familiare o altra persona di riferimento (eventuale recapito)	

Amministratore di Sostegno	Nome e Cognome:
	Recapito:

Problemi legali/giudiziari	
---------------------------------------	--

Scolarità	
<input type="radio"/>	Analfabeta
<input type="radio"/>	Licenza Elementare
<input type="radio"/>	Scuola Media Inferiore
<input type="radio"/>	Scuola Media Superiore
<input type="radio"/>	Laurea

Situazione abitativa	
<input type="radio"/>	Abitazione di proprietà
<input type="radio"/>	Abitazione in affitto
<input type="radio"/>	Altro:
Situazione lavorativa	
<input type="radio"/>	Occupato/a: (_____)
<input type="radio"/>	Disoccupato/a
<input type="radio"/>	Studente/ssa
<input type="radio"/>	Pensionato/a
<input type="radio"/>	Altra condizione: (_____)

Situazione economica	
<input type="checkbox"/>	Senza reddito
<input type="checkbox"/>	Reddito da lavoro
<input type="checkbox"/>	Pensione
<input type="checkbox"/>	Assegno mensile di invalidità
<input type="checkbox"/>	Indennità di Accompagnamento
<input type="checkbox"/>	L.R. 20/97
<input type="checkbox"/>	Altro: (_____)

Invalidità			
Sì		<input type="radio"/>	
No		<input type="radio"/>	
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"/>

Condizioni mediche generali	
Terapie mediche generali	

Medico di Medicina Generale	
------------------------------------	--

Cartella Ser.D.	n. _____
Programma Terapeutico – Riabilitativo	

Diagnosi	
Terapia farmacologica	

VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA

Valutatore: _____

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

Parametri da valutare	Motivazione dell'inserimento	
	Abilità e potenzialità	
	Criticità rilevate	
	Rete familiare	
	Rete sociale	
	Precedenti Trattamenti residenziali	
	Rischio imminente di deriva sociale e/o reato	

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

Tipologia struttura residenziale	Centro di Pronta Accoglienza Osservazione e Orientamento	<input type="checkbox"/>	
	Servizio Residenziale Pedagogico - Riabilitativo	<input type="checkbox"/>	
	Servizio Residenziale per alcoldipendenti	<input type="checkbox"/>	
	Servizio Residenziale Terapeutico - Riabilitativo	<input type="checkbox"/>	
	Servizio Residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche (Doppia Diagnosi)	<input type="checkbox"/>	
	Servizio Residenziale per donne tossicodipendenti in gravidanza e/o madri con bambino	<input type="checkbox"/>	
	Servizio Residenziale per minori dipendenti da sostanze d'abuso	<input type="checkbox"/>	

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

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

Obiettivi del progetto	Breve termine	
	Medio termine	
	Lungo termine	

			Nominativo Referente e recapito
Collaborazione con altri servizi/enti/agenzie nella realizzazione del progetto	<input type="checkbox"/>	Alcologia	
	<input type="checkbox"/>	CSM	
	<input type="checkbox"/>	Servizi di NPI	
	<input type="checkbox"/>	Medicina Generale	
	<input type="checkbox"/>	Servizi Sociali Comunali	
	<input type="checkbox"/>	Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE)	
	<input type="checkbox"/>	Altro:	
Tipologia di intervento:			

Luogo e data:

Referenti del PTAI		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma
1		

<p>Il Responsabile del SER.D</p> <p>Firma _____</p>
<p>Il Referente del DSMD</p> <p>Firma _____</p>

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 sostegno²

Luogo e data: _____

Firma: _____

² 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.

RICHIESTA DI PROROGA INFERIORE AI 30 GIORNI

Motivazione Proroga:

Referenti del PTAI

Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma

Luogo e Data:

Il Responsabile del SER.D

Firma _____

Il Referente del DSMD

Firma _____