

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

Cognome		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Codice Fiscale			

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

Esercenti la responsabilità genitoriale	<input type="radio"/>	Affidamento congiunto
	<input type="radio"/>	Affidamento esclusivo
	<input type="radio"/>	Tutela legale
Genitori o persona incaricata della tutela	Nome e cognome:	
	Recapito:	

Coinvolgimento Tribunale per i minori	<input type="radio"/>	Nessuno
	<input type="radio"/>	Segnalazioni
	<input type="radio"/>	Provvedimenti
	<input type="radio"/>	Altro

Quadro Socio-familiare	
-------------------------------	--

--	--

AREA DEL BISOGNO		
STABILIZZAZIONE CLINICA	<input type="checkbox"/>	Tipo di bisogno:
ABITARE	<input type="checkbox"/>	Tipo di bisogno:
SOCIALITA'	<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	
Attuali terapie mediche generali	

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

Quadro Scolastico	
<input type="radio"/>	Scuola primaria
<input type="radio"/>	Scuola secondaria di I grado
<input type="radio"/>	Scuola secondaria di II grado
<input type="radio"/>	Insegnante di sostegno
<input type="radio"/>	Assistenza Educativa
PEI PDP Diagnosi Funzionale: validità	
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)

Riconoscimenti di legge				
Sì	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	
Esito: _____ %				
Indennità di frequenza	Sì	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Indennità di accompagnamento	Sì	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

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"/>
*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"	<ul style="list-style-type: none"> • Età anagrafica • Comunicazione età equivalente • Abilità quotidiane età equivalente • Socializzazione età equivalente • Abilità motorie età equivalente • Scala composta età equivalente
ADOS-2:	<ul style="list-style-type: none"> • Punteggio affetto sociale AF • Punteggio comportamenti ristretti e ripetitivi CRR • Totale AF+CRR
ADI-R:	<ul style="list-style-type: none"> • Linguaggio e comunicazione • Interazione sociale reciproca • Comportamenti stereotipati interessi ristretti • Totale
K-SADS-DSMV:	<ul style="list-style-type: none"> • Intervista di screening + supplementi di approfondimento

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

Interventi sanitari, assistenziali e riabilitativi	Visite/colloqui con il medico psichiatra	<input type="checkbox"/>	Frequenza:			
	Visite/colloqui con lo psicologo psicoterapeuta	<input type="checkbox"/>	Frequenza:			
	Visite domiciliari	<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:			
	Interventi infermieristici	<input type="checkbox"/>	Frequenza:			
	Colloqui/interventi assistente sociale	<input type="checkbox"/>	Frequenza:			
Incontri con il nucleo familiare	<input type="checkbox"/>	Frequenza:				
		Effettuati da ⁱⁱ :				
Altro intervento	<input type="checkbox"/>	Frequenza:				

Inserimento in struttura residenziale	SRDSA Semiresidenziale:	<input type="checkbox"/>	Frequenza:	
	SRDSA Residenziale	<input type="checkbox"/>		
Inserimento in struttura a carico di:		<input type="checkbox"/>	DSMD	
		<input type="checkbox"/>	COMPARTECIPAZIONE (specificare enti):	

		Nominativo Referente
Collaborazione con altri servizi/enti/agenzie nella realizzazione del progetto	<input type="checkbox"/>	SerD/CSM/Alcologia/DAN
	<input type="checkbox"/>	Servizi di NPI: (UOC NPI AOU Sassari/Cagliari)
	<input type="checkbox"/>	Medicina Generale

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@aslsassari.it
dsmd.sassari@pec.aslsassari.it

SSD Disturbi dello Spettro Autistico Via _____, n. ____
 CAP _____ Città _____
 Telefono _____
 mail: asd.dsmd@aslsassari.it

	<input type="checkbox"/>	Servizi Sociali Comunali	
	<input type="checkbox"/>	Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE)	
	<input type="checkbox"/>	Trib. Minorenni/Ufficio di servizio sociale per i minorenni (U.S.S.M)	
	<input type="checkbox"/>	Altro (specificare):	
Tipologia di intervento:			

Luogo e data:

Referenti del progetto		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma
iii		

Il Responsabile della SSD Disturbi dello spettro autistico

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 sostegno^{iv}

Luogo e data: _____ Firma: _____

^{iv} 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^v
 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 della SSD Disturbi dello spettro autistico

Il Direttore/Referente del DSMD

^v Le verifiche periodiche, che dovranno essere fatte a cadenza trimestrale, verranno effettuate dalla equipe curante del CSM, al fine di valutare l'andamento del percorso riabilitativo ed il raggiungimento degli obiettivi prefissati con la compilazione del PTAI.