

PROGETTO INIZIALE	○	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:	

Misure di sicurezza	<input type="radio"/>	Nessuna
	<input type="radio"/>	Libero vigilato (fine pena: _____)
	<input type="radio"/>	Arresti domiciliari (fine pena: _____)
	<input type="radio"/>	Altro (specificare: _____)

AREA DEL BISOGNO		
STABILIZZAZIONE CLINICA	<input type="checkbox"/>	Tipo di bisogno: Soluzione ipotizzata:
ABITARE	<input type="checkbox"/>	Tipo di bisogno: Soluzione ipotizzata:
SOCIALITÀ	<input type="checkbox"/>	Tipo di bisogno: Soluzione ipotizzata:
FORMAZIONE/ LAVORO	<input type="checkbox"/>	Tipo di bisogno: Soluzione ipotizzata:
Si allega alla presente	<input type="checkbox"/>	Lettera di Dimissione
	<input type="checkbox"/>	relazione socio-educativa

DURATA PREVISTA DELL'INTERVENTO	(max 30 giorni): _____
--	------------------------

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:	
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)
Contesto familiare	
<input type="radio"/>	Vive da solo/a
<input type="radio"/>	Vive da solo/a con figlio/i
<input type="radio"/>	Vive con il coniuge/partner
<input type="radio"/>	Vive con il coniuge/partner e figlio/i
<input type="radio"/>	Vive con altri familiari
<input type="radio"/>	Altro (precisare)
Situazione lavorativa	
<input type="radio"/>	Occupato/a (specificare: _____)
<input type="radio"/>	Disoccupato/a
<input type="radio"/>	In cerca di prima occupazione
<input type="radio"/>	Casalingo/a
<input type="radio"/>	Studente/ssa
<input type="radio"/>	Pensionato/a o ritirato/a dal lavoro
<input type="radio"/>	Altra condizione ⁱ : _____
Situazione economica	
<input type="checkbox"/>	Senza reddito
<input type="checkbox"/>	Reddito da lavoro
<input type="checkbox"/>	Pensione da lavoro
<input type="checkbox"/>	Assegno mensile di invalidità
<input type="checkbox"/>	Indennità di accompagnamento
<input type="checkbox"/>	Pensione INAIL
<input type="checkbox"/>	Pensione di reversibilità

ⁱ Borsa lavoro, tirocinio, inserimento sociale in contesto lavorativo, altro.

<input type="checkbox"/>	Pensione sociale		
<input type="checkbox"/>	Contributo economico del Comune		
<input type="checkbox"/>	Aiuto dei familiari		
<input type="checkbox"/>	Aiuto delle associazioni di volontariato		
<input type="checkbox"/>	L.R. 20/97		
<input type="checkbox"/>	L. 162/98		
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare: _____)		
Entrata mensile totale (in euro)			
Invalidità			
No	<input type="radio"/>		
Sì (indicare il tipo):	<input type="checkbox"/>	Invalidità civile (L. 66/62; L. 381/70; L. 382/70; L. 118/71)	
	<input type="checkbox"/>	Invalidità di guerra (D.P.R. 915/78)	
	<input type="checkbox"/>	Invalidità per servizio (D.P.R. 915/78)	
	<input type="checkbox"/>	Invalidità del lavoro (D.P.R. 1124/64)	
Esito: _____ %			
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"/>
Indennità di accompagnamento	Sì <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>
*Specificare il progetto:			

FUNZIONAMENTO PERSONALE E SOCIALE

Valutazione Psicopatologica	
Umore	
Ansia	

Pensiero	
Controllo degli impulsi	
Controllo e gestione delle emozioni	
Data valutazione: _____ Valutatore: _____	

VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA

--

Data valutazione: _____ **Valutatore:** _____

FUNZIONAMENTO PERSONALE E SOCIALE

--

--

Data valutazione: _____ Valutatore: EP _____

Descrizione del progetto	<p>Il presente PTAI è redatto dall'èquipe di riferimento del CSM di _____ sulla base del protocollo approvato con Det. Dir. _____ del _____ in quanto allo stato attuale non sussistono i presupposti per un rientro al domicilio.</p> <p>(Argomentare le motivazioni e i contenuti del progetto)</p>
---------------------------------	---

Obiettivi del progetto	Breve termine (max 15 giorni)	
-------------------------------	-------------------------------	--

	Medio termine (max 30 giorni)	

Interventi sanitari, assistenziali e riabilitati vi 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 ⁱⁱ :			
	Intervento socio-educativo o 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 ⁱⁱⁱ :			

	SRPAE/SRP2 (Struttura residenziale psichiatrica per adulti per trattamenti a carattere estensivo)	<input type="checkbox"/>	ULIVI
Inserimento in struttura a carico di:		<input type="checkbox"/>	DSMD
		<input type="checkbox"/>	COMUNE
		<input type="checkbox"/>	ALTRO ENTE (specificare):
		<input type="checkbox"/>	COMPARTICIPAZIONE (specificare enti):

	Nominativo Referente e recapito
--	--

ii Indicare i profili professionali degli operatori.

iii Indicare i profili professionali degli operatori.

www.aslsassari.it

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze
 Via Amendola, n. 55 07100 Sassari tel. 079/2062685
 dsmd.sassari@aslsassari.it
 dsmd.sassari@pec.aslsassari.it

CSM _____
 Via _____, n. ____
 CAP _____
 Città _____
 Telefono _____

Collaborazione con altri servizi/entti/agenzie nella realizzazione del progetto	<input type="checkbox"/>	SERD	
	<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 (specificare):	
Tipologia di intervento:			

Luogo e data:

Referenti del PTAI		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma
iv		

<p>Il Responsabile del CSM</p> <p style="margin-top: 50px;">Firma _____</p>
--

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^v

Luogo e data: _____ Firma: _____

^v 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.