

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

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:
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)	
---	--

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
<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
<input type="checkbox"/>	Pensione sociale

ⁱ Borsa lavoro, tirocinio, inserimento sociale in contesto lavorativo, altro.
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 ASD _____
 Via _____, n. ____
 CAP _____ Città _____
 Telefono _____
 e-mail: asd.dsmd@aslsassari.it

<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)	
	0

Invalidità				
Sì	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	
Esito: _____ %				
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:				

Collocamento mirato (Legge n° 68/99 e successive integrazioni)					
Sì	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	In attesa di valutazione	<input type="radio"/>
Esito valutazione	1	<input type="checkbox"/>	Non possiede residue capacità lavorative		
	2	<input type="checkbox"/>	Sussistono potenziali capacità lavorative. Il recupero e/o lo sviluppo delle capacità lavorative può avvenire tramite percorsi e progetti individuali.		
	3	<input type="checkbox"/>	Sussistono capacità lavorative che possono essere utilizzate in mansioni compatibili ed in ambienti idonei attraverso il collocamento mirato.		
	4	<input type="checkbox"/>	Altro ⁱⁱ :		

--	--	--	--

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 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:			
	Intervento socio-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

iii 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 ASD _____
 Via _____, n. ____
 CAP ____ Città _____
 Telefono _____
 e-mail: asd.dsmd@aslsassari.it

	educativo riabilitativo				Psichiatrica (TRP)	
			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 ^{iv} :	
Altro intervento	<input type="checkbox"/>	Frequenza:				

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

Collaborazione con altri servizi/enti/agenzie nella realizzazione del progetto	<input type="checkbox"/>	CSM
	<input type="checkbox"/>	Alcologia/SerD
	<input type="checkbox"/>	NPI/DAN
	<input type="checkbox"/>	Medicina Generale/Consultorio Familiare
	<input type="checkbox"/>	Servizi Sociali Comunali
	<input type="checkbox"/>	Volontariato / Auto-aiuto / Cooperative Sociali
	<input type="checkbox"/>	Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE)
	<input type="checkbox"/>	Altro:

Tipologia di intervento:

iv Indicare i profili professionali degli operatori.

Referenti	Cognome Nome e recapito

Luogo e data: _____

Referenti del progetto		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma
v		

Il Referente della SSD ASD

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^{vi}

Luogo e data: _____ Firma: _____

**VERIFICHE PERIODICHE DEL PROGETTO PERSONALIZZATO^{vii}
e/o RICHIESTA DI PROROGA INFERIORE AI 30 GIORNI**

Verifica del progetto n° __	Data:
Valutazione:	

vi 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.

vii 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.

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

Il Direttore/Referente del DSMD
