

PROGETTO INIZIALE	<input type="radio"/>	AGGIORNAMENTO	<input type="radio"/>	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:
SOCIALITA'	<input type="checkbox"/>	Tipo di bisogno: Soluzione ipotizzata:
FORMAZIONE/ LAVORO	<input type="checkbox"/>	Tipo di bisogno: Soluzione ipotizzata:

DURATA PREVISTA DELL'INTERVENTO (in mesi): _____

Si allega alla presente:

- relazione psichiatrica;
- relazione socio-educativa.

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 ¹ : _____

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
<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	

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

Invalidità				
Sì	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	
Se sì, indicare il tipo:	<input type="checkbox"/>	Invalidità civile (Legge 66/62; Legge 381/70; Legge 382/70; Legge 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: _____ %				
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 ² :		

2 Inserire l'esito che non corrisponde alle opzioni 1, 2 e 3: se la valutazione è stata effettuata in base a riferimenti legislativi precedenti alle attuali norme in vigore, la valutazione potrebbe usare una terminologia diversa che è opportuno riportare con esattezza.

VALUTAZIONE PSICOPATOLOGIA³

Sintomi	Punteggio
1. Preoccupazione somatica	
2. Ansietà	
3. Ritiro emotivo	
4. Disorganizzazione concettuale	
5. Sentimenti di colpa	
6. Tensione	
7. Manierismi	
8. Grandiosità	
9. Umore depresso	
10. Ostilità	
11. Sospettosità	
12. Allucinazioni	
13. Rallentamento motorio	
14. Mancanza di cooperazione	
15. Contenuti insoliti del pensiero	
16. Appiattimento affettivo	
17. Eccitamento	
18. Disorientamento	
PUNTEGGIO TOTALE	0

Non valutabile = 0 punti

Non presente = 1

Molto lieve = 2

Lieve = 3

Moderato = 4

Moderato/Severo = 5

Grave = 6

Estremamente grave = 7

Data valutazione: _____

Valutatore: _____

LEGENDA

³ Lo strumento utilizzato è la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS).

Periodo valutato

Per la valutazione singola, il periodo suggerito è la settimana precedente l'intervista; per le valutazioni ripetute il tempo indagato è quello fra l'intervista precedente e quella attuale.

- 1. Preoccupazione somatica:** preoccupazione per la salute fisica, paura di malattia fisica, ipocondria.
- 2. Ansietà:** Apprensione, paura, iperpreoccupazione per il presente o il futuro, mancanza di serenità.
- 3. Ritiro emotivo:** mancanza di interazione spontanea, isolamento, incapacità nella relazione con gli altri.
- 4. Disorganizzazione Concettuale:** processi di pensiero confusi, sconnessi, disorganizzati.
- 5. Sentimenti di colpa:** biasimo di se stessi, vergogna, rimorso per il comportamento passato.
- 6. Tensione:** manifestazioni fisiche e motorie di nervosismo, iper-attivazione.
- 7. Manierismi e postura:** comportamento motorio innaturale, particolare, bizzarro(esclusi i tic).
- 8. Grandiosità:** opinione di sé esagerata, arroganza, convinzione di poteri e abilità straordinari.
- 9. Umore depresso:** dolore, tristezza, disappunto, pessimismo.
- 10. Ostilità:** animosità, ira, belligeranza, sdegno per gli altri.
- 11. Sospettosità:** sfiducia, credenza che gli altri agiscano malvagiamente o con intento discriminatorio.
- 12. Comportamento allucinatorio:** percezione senza la normale corrispondenza con lo stimolo esterno.
- 13. Rallentamento motorio:** movimento o eloquio rallentato ed indebolito, riduzione del tono corporeo.
- 14. Assenza di cooperazione:** resistenza, chiusura, rigetto dell'autorità.
- 15. Contenuti di pensiero inusuali:** contenuto del pensiero inusuale, strano, particolare, bizzarro.
- 16. Appiattimento affettivo:** tono emotivo ridotto, riduzione della normale intensità dei sentimenti.
- 17. Eccitamento:** tono emotivo innalzato, agitazione, reattività aumentata.
- 18. Disorientamento:** confusione o mancanza di associazioni appropriate alla persona, al luogo o al tempo.

GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING (GAF)⁴

Considerare il funzionamento psicologico, sociale e lavorativo nell'ambito di un ipotetico continuum salute-malattia mentale. Non includere le menomazioni del funzionamento dovute a limitazioni fisiche (o ambientali).

Nota: usare codici intermedi, ove necessario, per es. 45, 68, 72.

100 <--> 91 Funzionamento superiore alla norma. Nessun sintomo.

90 <--> 81 Sintomi assenti o minimi, buon funzionamento in tutte le aree, socialmente efficiente.

80 <--> 71 Se sono presenti sintomi, essi rappresentano reazioni transitorie e attendibili a stimoli psicosociali stressanti; lievissima alterazione del funzionamento sociale, occupazionale o scolastico.

70 <--> 61 Alcuni sintomi lievi. Oppure alcune difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico, ma in genere funziona abbastanza bene.

60 <--> 51 Sintomi moderati. Oppure moderate difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo e scolastico.

50 <--> 41 Sintomi gravi. Oppure qualsiasi grave alterazione nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico.

40 <--> 31 Alterazioni nel test di realtà o nella comunicazione. Oppure menomazione grave in alcune aree, quali il lavoro o la scuola, le relazioni familiari, etc.

30 <--> 21 Il comportamento è considerevolmente influenzato da deliri o allucinazioni. Oppure grave alterazione della comunicazione o della capacità di giudizio. Oppure incapacità di funzionare in quasi tutte le aree.

20 <--> 11 Qualche pericolo di far del male a sé stesso o agli altri. Oppure occasionalmente non riesce a mantenere l'igiene personale minima. Oppure grossolana alterazione della comunicazione.

10 <--> 1 Persistente pericolo di far del male in modo grave a sé stesso o agli altri. Oppure persistente incapacità di mantenere la igiene personale minima. Oppure grave gesto suicida con chiara aspettativa di morire.

0 Informazioni inadeguate.

Punteggio: _____

Data valutazione: _____

Valutatore: _____

4 Questa scala clinica é nota anche come *Valutazione Globale del Funzionamento* (VGF) nella traduzione italiana del DSM-III-R e del DSM-IV.

FUNZIONAMENTO PERSONALE E SOCIALE⁵

AREA VALUTATA	Punteggio
1. Alloggio	
2. Alimentazione	
3. Cura della casa	
4. Cura di sé	
5. Attività quotidiane	
6. Salute fisica	
7. Sintomi psicotici	
8. Informazioni	
9. Disagio psicologico	
10. Sicurezza personale	
11. Sicurezza per gli altri	
12. Abuso di alcool	
13. Abuso di farmaci	
14. Vita di relazione	
15. Vita di coppia	
16. Vita sessuale	
17. Cura dei figli	
18. Istruzioni di base	
19. Telefono	
20. Trasporti	
21. Denaro	
22. Sussidi	
PUNTEGGIO TOTALE	0

Nessun problema = 0 punti

Nessuno/moderato problema grazie all'aiuto fornito = 1

Grave problema = 2

Sconosciuto = 9

Data valutazione: _____

Valutatore: _____

⁵ La scheda di valutazione del funzionamento personale e sociale contiene i quesiti della CAN (Camberwell Assessment of Need)

LEGENDA

Periodo valutato

Per la valutazione singola, il periodo suggerito è l'ultimo mese precedente l'intervista.

- 1. Alloggio:** attualmente il soggetto ha un posto dove vivere?
- 2. Alimentazione:** il soggetto ha difficoltà a procurarsi e a prepararsi da mangiare?
- 3. Cura della casa:** il soggetto ha difficoltà a prendersi cura della casa?
- 4. Cura di sé:** il soggetto ha difficoltà per la cura di sé?
- 5. Attività quotidiane:** il soggetto ha difficoltà nello svolgere in maniera regolare ed appropriata le attività quotidiane?
- 6. Salute fisica:** il soggetto ha qualche disabilità o malattia fisica?
- 7. Sintomi psicotici:** il soggetto manifesta dei sintomi psicotici, come convinzioni deliranti, allucinazioni, disturbo formale del pensiero o passività?
- 8. Informazioni:** il soggetto ha avuto informazioni chiare, verbali o scritte, sulle sue condizioni e sui trattamenti?
0= NESSUN PROBLEMA (per es. Ha ricevuto informazioni adeguate e le ha comprese)
1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO (per es. Non ha ricevuto o compreso tutte le necessarie informazioni)
2= PROBLEMA GRAVE (per es. Non ha ricevuto informazioni)
9= SCONOSCIUTO
- 9. Disagio psicologico:** attualmente il soggetto presenta un disagio psicologico? Recentemente si è sentito molto triste o giù di corda? Si è sentito eccessivamente ansioso o impaurito?
- 10. Sicurezza personale:** il soggetto rappresenta un pericolo per sé stesso? Ha mai pensato di farsi del male, o si è fatto effettivamente del male? Si è mai messo in pericolo in altro modo?
- 11. Sicurezza per gli altri:** il soggetto rappresenta un rischio attuale o potenziale per la sicurezza degli altri?
- 12. Abuso di alcool:** il soggetto beve eccessivamente oppure ha difficoltà a controllare il bere?
- 13. Farmaci:** il soggetto abusa di farmaci?
- 14. Vita di relazione:** il soggetto ha bisogno di aiuto per i contatti sociali?
- 15. Vita di coppia:** il soggetto ha difficoltà a trovare un partner o a mantenere una relazione intima?
- 16. Vita sessuale:** il soggetto ha problemi nella vita sessuale?
- 17. Cura dei figli:** il soggetto ha difficoltà a prendersi cura dei figli? Se non ha figli, il punteggio è 0.
- 18. Istruzione di base:** il soggetto è privo di conoscenze elementari in aritmetica, lettura e scrittura?
- 19. Telefono:** il soggetto ha difficoltà ad accedere o ad utilizzare un telefono?
- 20. Trasporti:** il soggetto ha difficoltà ad usare i trasporti pubblici?
- 21. Denaro:** il soggetto ha problemi per la gestione del denaro?
- 22. Sussidi:** il soggetto riceve tutti i sussidi che gli spettano?

Descrizione del progetto	
-------------------------------------	--

Obiettivi del progetto	Breve termine	
	Medio termine	
	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 ⁶ :			
	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 ⁷ :			
	Borsa lavoro dipartimentale	<input type="checkbox"/>	Azienda ospitante (nome azienda, sede operativa):			
			Tipo di attività:			
		Durata (in mesi):				
		Frequenza:				
		Rimborso spese:				
Tirocinio formativo/ Inserimento lavorativo (extra-dipartimentale: Comune, ASPAL, altri enti)	<input type="checkbox"/>	Ente promotore:				
		Azienda ospitante (nome azienda, sede operativa):				
		Tipo di attività:				
		Durata (in mesi):				
		Frequenza:				
		Rimborso spese:				
Altro intervento	<input type="checkbox"/>	Frequenza:				

Interventi semi-residenziali	Centro Diurno	<input type="checkbox"/>	Frequenza:
	Altre attività semi-residenziali	<input type="checkbox"/>	Presso:
		<input type="checkbox"/>	Frequenza:

6 Indicare i profili professionali degli operatori.

7 Indicare i profili professionali degli operatori.

Inserimento presso struttura residenziale	SRPAI⁸	<input type="checkbox"/>	Specificare quale: Retta giornaliera:
	SRPAE⁹	<input type="checkbox"/>	Specificare quale: Retta giornaliera:
	SRP3¹⁰	<input type="checkbox"/>	Specificare se personale h24 – h12 - fasce orarie: Specificare quale: Retta giornaliera:
	Comunità per Doppia Diagnosi	<input type="checkbox"/>	Specificare quale: Retta giornaliera:
	REMS	<input type="checkbox"/>	Specificare quale: Retta giornaliera:
	Gruppo Appartamento	<input type="checkbox"/>	Specificare dove: Canone mensile:
	Vita indipendente con assistenza	<input type="checkbox"/>	Specificare quale tipo di assistenza: Specificare dove: Eventuale canone mensile:
	Casa di Riposo	<input type="checkbox"/>	Specificare quale: Retta giornaliera:
	Comunità Integrata	<input type="checkbox"/>	Specificare quale: Retta giornaliera:
	RSA	<input type="checkbox"/>	Specificare quale: Retta giornaliera richiesta dalla struttura:
	Vita indipendente senza assistenza	<input type="checkbox"/>	Specificare dove: Eventuale canone mensile:
	Altra situazione abitativa	<input type="checkbox"/>	Specificare:
	Data di attivazione dell'inserimento:		
Durata dell'inserimento:			
Inserimento in struttura a carico di:	<input type="radio"/>	DSMD	
	<input type="radio"/>	COMUNE	
	<input type="radio"/>	ALTRO ENTE (specificare):	
	<input type="radio"/>	COMPARTECIPAZIONE (specificare enti ed	

8 Struttura residenziale psichiatrica per adulti per trattamenti a carattere intensivo (SRP1)

9 Struttura residenziale psichiatrica per adulti per trattamenti a carattere estensivo (SRP2)

10 Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi

		importi):
--	--	-----------

Collaborazione con altri servizi/enti/agenzie nella realizzazione del progetto	<input type="checkbox"/>	SERD
	<input type="checkbox"/>	Alcologia
	<input type="checkbox"/>	Servizi di Neuropsichiatria Infantile
	<input type="checkbox"/>	Medicina Generale
	<input type="checkbox"/>	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:

Referenti	Cognome Nome e recapito

Luogo e data:

Referenti del progetto		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma
11		

Il Responsabile del CSM

Firma _____

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 sostegno¹²

Luogo e data: _____

Firma: _____

¹² 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 PERSONALIZZATO¹³

Verifica del progetto n° ____	Data: _____	
Valutazione:		
Punteggio BPRS:		
Punteggio GAF:		
Punteggio CAN:		
Operatori che effettuano la verifica		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma

Verifica del progetto n° ____	Data: _____	
Valutazione:		
Punteggio BPRS:		
Punteggio GAF:		
Punteggio CAN:		
Operatori che effettuano la verifica		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma

13 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.

