

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

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
<b>Data di nascita</b>		<b>Luogo di nascita</b>	
<b>Codice Fiscale</b>			

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

<b>Amministratore di Sostegno</b>	Nome e Cognome:
	Recapito:

<b>Problemi legali/giudiziari</b>		
<b>Misure di sicurezza</b>	<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		
<b>STABILIZZAZIONE CLINICA</b>	<input type="checkbox"/>	Tipo di bisogno: Soluzione ipotizzata:
<b>ABITARE</b>	<input type="checkbox"/>	Tipo di bisogno: Soluzione ipotizzata:
<b>SOCIALITA'</b>	<input type="checkbox"/>	Tipo di bisogno: Soluzione ipotizzata:
<b>FORMAZIONE/ LAVORO</b>	<input type="checkbox"/>	Tipo di bisogno: Soluzione ipotizzata:

<b>Diagnosi (DSM V)</b>	
-----------------------------	--

<b>Cartella Ser.D.</b>	n. _____ del _____
<b>Terapia sostitutiva attuale</b>	

<b>Condizioni mediche generali</b>	
<b>Altre terapie mediche generali</b>	

<b>Medico di Medicina Generale (recapito)</b>	
---	--

<b>Scolarità</b>	
<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

<b>Situazione abitativa</b>	
<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: _____

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: _____)

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	○	No	○	In attesa di valutazione	○
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 <sup>1</sup> :		

### VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA

Data valutazione: \_\_\_\_\_

Valutatore: \_\_\_\_\_

## FUNZIONAMENTO PERSONALE E SOCIALE

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	
<b>PUNTEGGIO TOTALE</b>	<b>0</b>

Nessun problema = 0 punti

Nessuno/moderato problema grazie all'aiuto fornito = 1

Grave problema = 2

Sconosciuto = 9

Data valutazione: \_\_\_\_\_

Valutatore: \_\_\_\_\_

## 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?



<b>Descrizione del progetto</b>	
---------------------------------	--

<b>Obiettivi del progetto</b>	Breve termine	
	Medio termine	
	Lungo termine	

<b>Parametri da valutare</b>	Motivazione dell'inserimento	
	Abilità e potenzialità	
	Opportunità e criticità che condizionano la relazione con il paziente	

	Rete sociale	
	Precedenti Trattamenti residenziali	
	Rischio imminente di grave deriva sociale o reato	

<b>Interventi sanitari, assistenziali e riabilitativi</b>	<b>Medico</b>	<input type="checkbox"/>	Frequenza:
	<b>Psicologo</b>	<input type="checkbox"/>	Frequenza:
	<b>Educatore Professionale</b>	<input type="checkbox"/>	Frequenza:
	<b>Infermiere</b>	<input type="checkbox"/>	Frequenza:
	<b>Assistente Sociale</b>	<input type="checkbox"/>	Frequenza:
	<b>Incontri con il nucleo familiare</b>	<input type="checkbox"/>	Frequenza:
			Effettuati da <sup>2</sup> :
	<b>Borsa lavoro dipartimentale</b>	<input type="checkbox"/>	Azienda ospitante (nome azienda, sede operativa):
			Tipo di attività:
			Durata (in mesi):
			Frequenza:
			Rimborso spese:
	<b>Tirocinio formativo/ Inserimento lavorativo (extra-dipartimentale: Comune, ASPAL, altri enti)</b>	<input type="checkbox"/>	Ente promotore:
			Azienda ospitante (nome azienda, sede operativa):
			Tipo di attività:
			Durata (in mesi):
			Frequenza:
			Rimborso spese:
	<b>Altro intervento</b>	<input type="checkbox"/>	Frequenza:

2 Indicare i profili professionali degli operatori.

<b>Inserimento presso struttura residenziale o altri interventi relativi all'abitare con o senza assistenza</b>	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 Res. per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche (Doppia Diagnosi)	<input type="checkbox"/>	
	Servizio Res. per donne tossicodipendenti in gravidanza e/o madri con bambino	<input type="checkbox"/>	
	Vita indipendente con assistenza	<input type="checkbox"/>	
	Casa di Riposo	<input type="checkbox"/>	
	Comunità Integrata	<input type="checkbox"/>	
	RSA	<input type="checkbox"/>	
	Vita indipendente senza assistenza	<input type="checkbox"/>	
	Altra situazione abitativa	<input type="checkbox"/>	
<b>Data di attivazione dell'inserimento:</b>			
<b>Durata dell'inserimento:</b>			
<b>Data prevista di conclusione del percorso residenziale:</b>			
<b>Inserimento in struttura a carico di:</b>	<input type="radio"/>	<b>DSMD</b>	
	<input type="radio"/>	<b>COMUNE</b>	
	<input type="radio"/>	<b>ALTRO ENTE (specificare):</b>	
	<input type="radio"/>	<b>COMPARTECIPAZIONE (specificare enti ed importi):</b>	

<b>Collaborazione con altri servizi/enti/agenzie nella realizzazione del progetto</b>	<input type="checkbox"/>	Alcologia
	<input type="checkbox"/>	CSM
	<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 Utente	Cognome Nome (eventuale recapito)	

**Luogo e data:**

Referenti del progetto		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma
3		

**Il Responsabile del SER.D**

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 sostegno<sup>4</sup>

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> 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**

<b>Verifica del progetto n° ____</b>	Data: _____	
Valutazione:		
<b>Operatori che effettuano la verifica</b>		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma

<b>Verifica del progetto n° ____</b>	Data: _____	
Valutazione:		
<b>Operatori che effettuano la verifica</b>		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma