

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)	

Situazione 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:	

Diagnosi (DSM V)	
----------------------------	--

Terapia psichiatrica attuale	
-------------------------------------	--

Effetti indesiderati o iatrogeni

Patologie organiche

Attuali terapie mediche generali

Medico di Medicina Generale
(recapito)

**Coinvolgimento
Tribunale per i
minori**

☐ Nessuno

☐ Segnalazioni

☐ Provvedimenti

☐ Altro

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:

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

DURATA PREVISTA DELL'INTERVENTO (in mesi): _____

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	

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 Realzionale	
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 “adptive Behaviour Scale”	Età anagrafica	
	Comunicazione età equivalente	
	Abilità quotidiane età equivalente	
	Abilità motorie età equivalente	
	Scala composta età equivalente	
ADOS-2	Punteggio affetto sociale AF	
	Punteggio comportamenti ristretti e ripetitivi CRR	
	Totale AF+CRR	
ADI-R	Linguaggio e comunicazione	
	Interazione sociale reciproca	
	Comportamenti stereotipati interessi ristretti	
	Totale	
K-SADS-DSMV	Intervista di screening + supplementi di approfondimento	

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

Obiettivi del progetto	Breve termine	
	Medio termine	
	Lungo termine	

Interventi sanitari, assistenziali e riabilitativi	Visite/colloqui con il medico neuropsichiatra	<input type="checkbox"/>	Frequenza:			
	Visite/colloqui con lo psicologo psicoterapeuta	<input type="checkbox"/>	Frequenza:			
	Visite domiciliari/residenza	<input type="checkbox"/>	Frequenza:			
			Effettuate da ¹ :			
	Intervento socioeducativo riabilitativo	<input type="checkbox"/>	Educatore Professionale	<input type="checkbox"/>	Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TRP)	<input type="checkbox"/>
			Frequenza:			
	Colloqui/interventi assistente sociale	<input type="checkbox"/>	Frequenza:			
	Incontri con il nucleo familiare	<input type="checkbox"/>	Frequenza:			
Effettuati da ² :						
Formazione professionale/obbligo formativo/alternanza	<input type="checkbox"/>	Ente:				
		Tipo di attività:				
		Durata (in mesi):				

1 Indicare i profili professionali degli operatori.

2 Indicare i profili professionali degli operatori.

	scuola lavoro		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:
			Frequenza:

Inserimento presso struttura residenziale	SRPAI ³	<input type="checkbox"/>	Specificare quale:
			Retta giornaliera:
	SRPAE ⁴	<input type="checkbox"/>	Specificare quale:
			Retta giornaliera:
	SRP3 ⁵	<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:
	Comunità Socio integrata	<input type="checkbox"/>	Specificare quale:
			Retta giornaliera:
	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

³ Struttura residenziale psichiatrica per adulti per trattamenti a carattere intensivo incluse SDRAGADM (SRP1)

⁴ Struttura residenziale psichiatrica per adulti per trattamenti a carattere estensivo (SRP2) incluse CDCA e SRDSA

⁵ Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socio riabilitativi

	<input type="radio"/>	COMUNE
	<input type="radio"/>	ALTRO ENTE (specificare):
	<input type="radio"/>	COMPARTECIPAZIONE (specificare enti ed importi):

Collaborazione con altri servizi/enti/agenzie nella realizzazione del progetto	<input type="checkbox"/>	SERD
	<input type="checkbox"/>	Alcologia
	<input type="checkbox"/>	<u>Servizi di Neuropsichiatria Infantile:</u> (UOC NPI AOU Sassari/Cagliari)
	<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"/>	Ufficio di servizio sociale per i minorenni (U.S.S.M)
<input type="checkbox"/>	Altro:	

Tipologia di intervento:

Referenti	Cognome Nome e recapito

Si allega alla presente:

- relazione psichiatrica;
- relazione socio-educativa.

Luogo e data:

Referenti del progetto		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma
6		

Il Responsabile del Serv. NPI

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 dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale:

Eventuale persona incaricata di tutela/curatela/amministrazione di sostegno⁷

Luogo e data:

Firma:

Firma del minore P.P.V

⁷ 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 PERSONALIZZATO⁸

Verifica del progetto n° __	Data:	
Valutazione équipe:		
VINEAD:		
K-SADS:		
Operatori che effettuano la verifica		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma

Verifica del progetto n° __	Data:	
Valutazione équipe:		
VINEAD:		
K-SADS:		
Operatori che effettuano la verifica		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma

Si allega alla presente:
(eventuale relazione di degenza o documentazione clinica o socio-educativa)

⁸ Le verifiche periodiche, che dovranno essere fatte a cadenza trimestrale, verranno effettuate dalla équipe curante NPI, al fine di valutare l'andamento del percorso riabilitativo ed il raggiungimento degli obiettivi prefissati con la compilazione del PTAI.