

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)	

Amministratore di Sostegno	Nome e Cognome:
	Recapito:

Problemi legali/giudiziari	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	Nessuno
	<input type="radio"/>	Altro (specificare: _____)

Scolarità	
<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

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: _____

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"/>	L.R. 20/97
<input type="checkbox"/>	L. 162/98
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare: _____)

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

Collocamento mirato (L. 68/99 e successive integrazioni)					
Sì	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	In attesa di valutazione	<input type="radio"/>

Condizioni mediche generali	
Altre terapie mediche generali	

Medico di Medicina Generale (recapito)	
---	--

Cartella Ser.D.	n. _____ del _____
Tipologia di trattamento	

Diagnosi

VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA

Data valutazione: _____

Valutatore: _____

AREA DEL BISOGNO		
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"/>	relazione psichiatrica e/o psicologica
	<input type="checkbox"/>	relazione socio-educativa

Parametri da valutare	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	
--	---	--

Programmazione interventi sanitari, assistenziali e riabilitativi vi dell'U.O. inviante	Medico	<input type="checkbox"/>	Frequenza:
	Psicologo	<input type="checkbox"/>	Frequenza:
	Educatore Professionale	<input type="checkbox"/>	Frequenza:
	Infermiere	<input type="checkbox"/>	Frequenza:
	Assistente Sociale	<input type="checkbox"/>	Frequenza:

Interventi semi-residenziali	Centro Diurno	<input type="checkbox"/>	Frequenza:
	Borsa lavoro dipartimentale/Formazione professionale/obbligo formativo/alternanza scuola lavoro	<input type="checkbox"/>	Ente promotore:
		<input type="checkbox"/>	Azienda ospitante (nome azienda, sede operativa):
		<input type="checkbox"/>	Tipo di attività:
		<input type="checkbox"/>	Durata (in mesi):
		<input type="checkbox"/>	Frequenza:
		<input type="checkbox"/>	Rimborso spese:
	Tirocinio formativo/inserimento lavorativo (extra-dipartimentale: Comune, ASPAL, altri enti)	<input type="checkbox"/>	Ente promotore:
		<input type="checkbox"/>	Azienda ospitante (nome azienda, sede operativa):
		<input type="checkbox"/>	Tipo di attività:
		<input type="checkbox"/>	Durata (in mesi):
		<input type="checkbox"/>	Frequenza:
		<input type="checkbox"/>	Rimborso spese:
	Altro intervento	<input type="checkbox"/>	Ente promotore:
			Azienda ospitante (nome azienda, sede operativa):
			Tipo di attività:
			Durata (in mesi):
			Frequenza:
			Rimborso spese:

Tipologia struttura residenziale	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 Residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche (Doppia Diagnosi)	<input type="checkbox"/>	
	Servizio Residenziale per donne tossicodipendenti in gravidanza e/o madri con bambino	<input type="checkbox"/>	
	Servizio Residenziale per minori dipendenti da sostanze d'abuso	<input type="checkbox"/>	

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):

DURATA PREVISTA DELL'INTERVENTO	(in mesi): _____
--	------------------

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

Obiettivi del progetto	Breve termine	
	Medio termine	
	Lungo termine	

			Nominativo Referente e recapito
Collaborazione con altri servizi/entti/agenzie nella realizzazione del progetto	<input type="checkbox"/>	Alcologia	
		CSM	
	<input type="checkbox"/>	Servizi di NPI	
	<input type="checkbox"/>	Medicina Generale	
	<input type="checkbox"/>	Servizi Sociali Comunali	
	<input type="checkbox"/>	Ufficio Penale Esterna (UEPE)	
	<input type="checkbox"/>	Altro (specificare):	
Tipologia di intervento:			

Luogo e data:

Referenti del PTAI		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma
1		

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 sostegno²

Luogo e data: _____

Firma: _____

² 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
e/o RICHIESTA DI PROROGA INFERIORE AI 30 GIORNI**

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

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

Il Responsabile del SER.D

Firma _____