

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**

☐

Tipo di bisogno:
Soluzione ipotizzata:

ABITARE

☐

Tipo di bisogno:
Soluzione ipotizzata:

SOCIALITÀ	<input type="checkbox"/>	Tipo di bisogno:
		Soluzione ipotizzata:
FORMAZIONE/ LAVORO	<input type="checkbox"/>	Tipo di bisogno:
		Soluzione ipotizzata:

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

Si allega alla presente	<input type="checkbox"/>	relazione neuropsichiatrica e/o psicologica
	<input type="checkbox"/>	relazione socio-educativa

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 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	
	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 vi residenziali dell'U.O. inviante	Medico	<input type="checkbox"/>	Frequenza:			
	Psicologo	<input type="checkbox"/>	Frequenza:			
	Visite a domicilio in struttura	<input type="checkbox"/>	Frequenza:			
			Effettuate da ¹ :			
	Intervento socioeducativo o riabilitativo	<input type="checkbox"/>	Educatore Professionale	<input type="checkbox"/>	Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TRP)	<input type="checkbox"/>
		Frequenza:				
	Assistente Sociale	<input type="checkbox"/>	Frequenza:			
	Incontri con il nucleo familiare	<input type="checkbox"/>	Frequenza:			
			Effettuati da ² :			

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:		

1 Indicare i profili professionali degli operatori.

2 Indicare i profili professionali degli operatori.

		Rimborso spese:
--	--	-----------------

Inserimento presso struttura residenziale	SRP1 (ex SRMAI)³	<input type="checkbox"/>	
	SRP2 (ex SRMAE)⁴	<input type="checkbox"/>	
	SRP3⁵ Specificare indicazione per SRP3 con personale:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> H 12
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> H 24
	Comunità per Doppia Diagnosi	<input type="checkbox"/>	
	Comunità Socio integrata	<input type="checkbox"/>	
	Altra situazione abitativa	<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):

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

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

⁵ Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socio riabilitativi.

		Nominativo Referente
Collaborazione con altri servizi/enti/agenzie nella realizzazione del progetto	<input type="checkbox"/> SERD	
	<input type="checkbox"/> Servizi di NPI: (UOC NPI AOU Sassari/Cagliari)	
	<input type="checkbox"/> Medicina Generale	
	<input type="checkbox"/> Servizi Sociali Comunali	
	<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 (specificare):	
Tipologia di intervento:		

Luogo e data:

Referenti del PTAI		
Qualifica professionale	Cognome e Nome	Firma
6		

6 Case manager.

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

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

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

Il Responsabile del Serv. NPI

Firma _____

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