

# PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

N. REG.	
---------	--

SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE N° \_\_\_\_\_

M		F	
---	--	---	--

Nome cognome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Codice fiscale	
Esenzione ticket	
Altro	

<b>stato civile</b>	1	nubile/celibe
	2	coniugato/ convivente
	3	vedovo/a
	4	separato/a
	5	libero/a di stato

Cittadinanza	
Residenza	
Eventuale domicilio	
Recapito/i telefonici	
Familiare o altra persona di riferimento	

<b>Posizione giuridica:</b>	0	Nessun istanza inoltrata al Giudice Tutelare
	1	Istanza inoltrata e in attesa di definizione
	2	Amministrazione di sostegno
	3	Curatela
	4	Tutela
<b>Persona incaricata dell'amministrazione/ curatela/tutela</b>		nome e cognome:
		Recapito:

**Referenti del progetto:**

Qualifica professionale	Nome e cognome leggibili

# PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

N. REG.	
---------	--

SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE N° \_\_\_\_\_

## Composizione del nucleo familiare convivente

Cognome e nome	Legame di parentela	Età	Condizione lavorativa	Recapito telefonico

## Familiari e/o altre persone di riferimento non conviventi

Cognome e nome	Legame di parentela	Età	Condizione lavorativa	Recapito telefonico

## Situazione abitativa precedente al presente progetto (si possono selezionare più opzioni):

1		vive da solo/a
2		vive da solo/a con figlio/i
3		vive con il coniuge/partner
4		Vive con il coniuge/ partner e figlio/i
5		Vive con altri familiari:
6		Struttura residenziale:

7		Accoglienza presso associazione di auto-aiuto	Precisare dove Precisare costo mensile a carico del paziente
8		Accoglienza presso altri	Precisare dove Precisare costo mensile a carico del paziente
9		Privo di abitazione	
10		Vive in abitazione in affitto	Precisare canone
11		Vive in abitazione di proprietà	
12		Altro (precisare)	

# PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

<b>N. REG.</b>	
----------------	--

SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE N° \_\_\_\_\_

## Scuola e lavoro

Titolo di studio:														
1	ANALFABETA	2	LICENZA ELEMENTARE	3	SCUOLA MEDIA INFERIORE	4	SCUOLA MEDIA SUPERIORE	5	LAUREA					
Per risposte 4 o 5 Precisare														
Situazione lavorativa														
1	Occupato/a	2	Disoccupato/a	3	In cerca di prima occupazione	4	Casalanga/o	5	Studente	6	Pensionato/a o ritirato/a dal lavoro	7	Altra condizione <sup>1</sup>	
Note:														
Valutazione invalidità civile			NO		SI'		Richiesta il							
ESITO	%	INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO				NO		SI'		Richiesta il				
Variazioni:										data:				

Valutazione stato di handicap			NO		SI'		Richiesta il						
Esito:													
Variazioni:										data:			

Valutazione per collocamento mirato (legge n° 68/99 e successive integrazioni)				NO		SI'		In attesa di valutazione					
Effettuata il .....				0		1		2					
Esito valutazione:	1		Non possiede residue capacità lavorative										
	2		Sussistono potenziali capacità lavorative. Il recupero e/o lo sviluppo delle capacità lavorative può avvenire tramite percorsi e progetti individuali										
	3		Sussistono capacità lavorative che possono essere utilizzate in mansioni compatibili ed in ambienti idonei attraverso il collocamento mirato										
	4		Altro: <sup>2</sup>										
Percorsi di supporto in ambito lavorativo in atto o precedenti (corsi di formazione, tirocini, borse lavoro, altro) Precisare periodo, tipologia ed esito			01										
			02										
			03										
			04										
			05										
			06										
Variazioni:										data:			

<sup>1</sup> Borsa lavoro, tirocinio, inserimento sociale in contesto lavorativo, altro. Precipare nelle note.

<sup>2</sup> 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.

N. REG.	
---------	--

**Situazione economica**

	Fonte delle risorse economiche	Importo dell'entrata in Euro	note <sup>3</sup>
1	Senza reddito	€	
2	Reddito da lavoro	€	
3	Pensione da lavoro	€	
4	Assegno o Pensione di Invalidità Civile	€	
5	Indennità di accompagnamento	€	
6	Pensione INAIL	€	
7	Pensione inabilità INPS	€	
8	Pensione invalidità INPS	€	
9	Pensione ai superstiti	€	
10	Pensione sociale	€	
11	Contributo economico del Comune	€	
12	Aiuto dei familiari	€	
13	Aiuto da associazioni di volontariato	€	
14	Altro:	€	

<sup>3</sup> Nelle note possono essere indicate eventuali modificazioni previste nella situazione economica del paziente : richieste di contributi in attesa di erogazione o sospensioni di indennità di accompagnamento, o qualsiasi altra precisazione si ritenga utile.

# PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

<b>N. REG.</b>	
----------------	--

SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE N° \_\_\_\_\_

<b>Diagnosi :</b>			
Raggruppamento/i:		ICD 10	
<b>Punteggio GAF</b>			
Altre patologie non psichiatriche:			

### VALUTAZIONE PSICOPATOLOGIA<sup>4</sup>:

Sintomi	Non presente	Molto lieve	Lieve	Moderato	Moderato/Grave	Grave	Molto grave	Non valutabile
PREOCCUPAZIONE SOMATICA								
ANSIETA'								
DEPRESSIONE								
TENDENZA SUICIDARIA								
SENTIMENTI DI COLPA								
OSTILITA'								
UMORE ESALTATO								
GRANDIOSITA'								
SOSPETTOSITA'								
ALLUCINAZIONI								
CONTENUTO INSOLITO DEL PENSIERO								
TRASCURATEZZA DELLA PROPRIA PERSONA								
DISORIENTAMENTO								
DISORGANIZZAZIONE CONCETTUALE								
APPIATTIMENTO AFFETTIVO								
RITIRO EMOTIVO								
RALLENTAMENTO MOTORIO								
TENSIONE								
MANCANZA DI COLLABORAZIONE								
ECCITAMENTO								
DISTRAIBILITA'								
IPERATTIVITA' MOTORIA								

<sup>4</sup> Lo strumento utilizzato è la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) Acta Psychiatr Scand 1999; 100: 229–236

N. REG.	
---------	--

**FUNZIONAMENTO PERSONALE E SOCIALE<sup>5</sup>:**

		nessun problema	Nessuno/moderato problema grazie all'aiuto fornito	Grave problema	sconosciuto
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				

<sup>5</sup> La scheda di valutazione del funzionamento personale e sociale contiene i quesiti della CAN. Si consiglia la consultazione del manuale specifico per effettuare tale valutazione. Cfr " La versione italiana della Camberwell Assessment of Need, un'intervista per l'identificazione dei bisogni di cura", Ruggeri M. Lasalvia A., et Al. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1999, 8, 135-167. Si allegano le istruzioni e lo strumento. **Questa tabella potrebbe registrare la sintesi di un processo valutativo che integra le diverse prospettive: staff curante, paziente, famiglia.**



## PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

N. REG.	
---------	--

SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE N° \_\_\_\_\_

<b>Interventi assistenziali e/o riabilitativi di base previsti dal progetto</b>	Visite/Colloqui con il medico Psichiatra	1	Frequenza: Finalità:
	Psicoterapia	2	Frequenza: Finalità:
	Visite domiciliari	3	Frequenza: Finalità: Effettuate da <sup>6</sup> :
	Colloqui/interventi Assistente Sociale	4	Frequenza: Finalità:
	Colloqui/interventi Assistente Sanitario/a	5	Frequenza: Finalità:
	Day Hospital ospedaliero	6	Frequenza: Finalità:
	Day Hospital territoriale	7	Frequenza: Finalità:
	Centro Diurno/CSM	8	Frequenza: Finalità:
	Incontri con il nucleo familiare	9	Frequenza: Finalità:
	Altro intervento:	10	Frequenza: Finalità:

<sup>6</sup> Indicare il/i profili professionali degli operatori che si recheranno in Visita Domiciliare



## PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

N. REG.	
---------	--

SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE N° \_\_\_\_\_

<b>Altri interventi assistenziali e/o terapeutico riabilitativi previsti dal progetto personalizzato</b>	<b>Assistenza territoriale socio-educativo-riabilitativa</b>	Numero di ore settimanali previste					
			OSS		ED. PROF.		TeRP
		Uso dell'auto				N° Km. mensili	
	Data di attivazione dell'intervento						
	Data cessazione intervento						
	Esito dell'intervento		Precisare il motivo della cessazione o della variazione dell'intervento ed eventuali interventi alternativi ipotizzati:				

<b>Altri interventi assistenziali e/o terapeutico riabilitativi previsti dal progetto</b>	<b>Attività semi-residenziali</b>	presso					
			Giornate di presenza (indicare il numero di giorni settimanali o annuali previsti)				
	Data di attivazione dell'intervento						
	Data cessazione intervento						
	Esito dell'intervento		Precisare il motivo della cessazione o della variazione dell'intervento ed eventuali interventi alternativi ipotizzati:				

# PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

N. REG.	
---------	--

SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE N° \_\_\_\_\_

<b>Altri interventi assistenziali e/o terapeutico riabilitativi previsti dal progetto</b>	<b>Inserimento presso struttura residenziale</b>	1	CTRP:	
		2	COMUNITA' ALLOGGIO	
		3	GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO :	
4	APPARTAMENTO: <sup>7</sup>			
5	COMUNITA' DOPPIA DIAGNOSI			
6	CENTRO DI SERVIZI:			
7	RSA:			
8	STRUTTURA RESIDENZIALE DIVERSA DALLE PRECEDENTI:			
9	ALTRA SITUAZIONE ABITATIVA:			
Data di attivazione dell'intervento				
Data cessazione intervento				
Compartecipazione alla spesa	SI'	NO	QUOTA COMPARTECIPAZIONE <sup>8</sup> : €	
			Note <sup>9</sup> :	
Esito dell'intervento		Precisare il motivo della cessazione o della variazione dell'intervento ed eventuali interventi alternativi ipotizzati:		

<sup>7</sup> Tipologia di appartamento come da DGRV n° 84/2007 (GAMP)

<sup>8</sup> La quota di compartecipazione del paziente alla spesa per l'inserimento residenziale è definita in base al regolamento esistente, vedi delibera ULSS 20 N°972 del 31.07.2002 e successive integrazioni

<sup>9</sup> Eventuali deroghe al regolamento sulla compartecipazione alla spesa.

## PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

<b>N. REG.</b>	
----------------	--

SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE N° \_\_\_\_\_

### INTEGRAZIONE CON ALTRI SERVIZI/ENTI/AGENZIE COINVOLTE NELLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO:

01	Medicina Generale	02	NPIPEE <sup>10</sup>	03	SeRD	04	Alcologia	05	Area Disabilità	06	SIL	07	Consultorio Familiare
<b>Referenti :</b>		nome cognome e recapito											
		nome cognome e recapito											
		nome cognome e recapito											
		nome cognome e recapito											
		nome cognome e recapito											
		nome cognome e recapito											
		Nome cognome e recapito											

08	Servizio Sociale di base	09	Volontariato/auto-aiuto/coop. sociali	10	Ospedale Psichiatrico Giudiziario	11	Ufficio Esecuzione Penale (UEPE)	12	Tribunale Minori	13	Altro:
<b>Referenti :</b>		nome cognome e recapito									
		nome cognome e recapito									
		nome cognome e recapito									
		nome cognome e recapito									
		nome cognome e recapito									
		nome cognome e recapito									

	Tipologia di intervento	Indicare il servizio che si fa carico dei costi e della verifica dell'intervento. Inoltre, se diverso, indicare l'agenzia che fornisce il servizio
<b>Interventi attivati da altro servizio/agenzia</b>	01 CONSULENZA	
	02 ASSISTENZA DOMICILIARE	
	03 CENTRO DIURNO	
	04 INSERIMENTO RESIDENZIALE	
	05 AIUTO ECONOMICO	
	06 INSERIMENTO LAVORATIVO	
	07 VALUTAZIONE NUCLEO FAMILIARE	
	08 TRASPORTO	
	09 ATTIVITA' TEMPO LIBERO	
	10 ALTRO:	

<sup>10</sup> La denominazione completa del servizio è Unità Operativa Materno Infantile, Età Evolutiva e Famiglia-Neuropsichiatria Infantile

# PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

N. REG.	
---------	--

SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE N° \_\_\_\_\_

UVMD effettuata:	NO		SI'		Data:
<b>Elementi significativi contenuti nel verbale di UVMD</b>					

<b>Data compilazione progetto :</b>		
<b>OPERATORI CHE HANNO FORMULATO IL PROGETTO</b>		
Qualifica professionale	Cognome e nome	Firma

Verona, \_\_\_\_\_

# PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

N. REG.	
---------	--

SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE N° \_\_\_\_\_

Progetto a favore di	Nome e cognome dell'interessato:
----------------------	----------------------------------

## CONSENSO INFORMATO e TUTELA DEI DATI PERSONALI

### 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.	
Nome e cognome	Firma

### Consenso

Esprimo il mio consenso alla realizzazione del presente progetto personalizzato	
Nome e cognome	Firma

### 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.	
Nome e cognome	Firma

Eventuale persona incaricata di tutela /curatela/ amministrazione di sostegno <sup>11</sup>	
Nome e cognome	Firma

<input type="checkbox"/>	ACCONSENTO
<input type="checkbox"/>	NON ACCONSENTO

A condividere con i miei familiari e/o altre persone di riferimento (precisare: nome, cognome e rapporto) i contenuti del presente progetto personalizzato:	

Verona, \_\_\_\_\_

Nome e cognome	Firma
----------------	-------

Eventuale persona incaricata di tutela /curatela/ amministrazione di sostegno <sup>12</sup>	
Nome e cognome	Firma

<sup>11</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

<sup>12</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



