



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
PON 19.2 Azione 3

PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

CSM di _____

Cartella Paziente N°

Cognome e Nome		M	F	
Data di nascita				
Luogo di nascita				
Cittadinanza				
Residenza				
Eventuale domicilio				
Recapito/I telefonici				
Familiare o altra persona di riferimento				
Medico di famiglia				
Codice fiscale				
Esenzione ticket				
altro				

Stato Civile		Celibe/nubile
		Coniugato/ convivente
		Vedovo/a
		Separato/a
		Divorziato/a

Posizione giuridica:		Provvedimenti dell'autorità giudiziaria
		Nessuna istanza inoltrata al Giudice Tutelare
		Istanza inoltrata e in attesa di definizione
		Amministrazione di sostegno
		Curatela
		Tutela
Persona incaricata dell'amministrazione/ curatela/tutela	Cognome e nome:	
	Recapito:	

Referenti del progetto:

Qualifica professionale	Cognome e Nome
Medico Responsabile del caso	
Case Manager	

PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

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

	Vive da solo/a	
	Vive da solo/a con figlio/i	
	Vive con il coniuge/partner	
	Vive con il coniuge/ partner e figlio/i	
	Vive con la famiglia d'origine	
	Vive con altri familiari:	
	Struttura residenziale:	
	Famiglia affidataria	Precisare dove
	Accoglienza presso altri	Precisare dove
	Privo di abitazione	
	Vive in abitazione in affitto	
	Vive in abitazione di proprietà	
	Altro (precisare)	

Eventuali Variazioni

Domicilio.....
Stato Civile.....
Situazione Abitativa.....
Provvedimenti Autorità Giudiziaria.....
.....
Altro.....

PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

Scuola e Lavoro

Titolo di studio:													
	ANALFABETA		LICENZA ELEMENTARE		SCUOLA MEDIA INFERIORE		SCUOLA MEDIA SUPERIORE		LAUREA				
					Insegnante di Sostegno SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								
Situazione lavorativa													
	Occupato/a		Disoccupato/a		In cerca di prima occupazion		Casalinga/o		Studente		Pensionato/a o ritirato/a dal lavoro		Altra condizione ¹
Note:													
Invalidità civile													
			NO		SI'		In corso						
ESITO	%	INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO				NO		SI'		In corso			
			SI										

Stato di handicap	NO		SI'		
Esito:					

Collocamento mirato				NO	SI'	In attesa di valutazione	
(legge n° 68/99 e successive integrazioni)							
Effettuata il							
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: ²				
Percorsi di supporto in ambito lavorativo in atto o precedenti							
(corsi di formazione, tirocini, borse lavoro, altro)							
Precisare periodo, tipologia ed esito							

Eventuali Variazioni _____

¹ Borsa lavoro, tirocinio, inserimento sociale in contesto lavorativo, altro. Precisar nelle note.

² 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

PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

Situazione Economica

	Fonte delle risorse economiche		note ³
	Senza reddito		
	Reddito da lavoro		
	Pensione da lavoro		
	Assegno o Pensione di Invalidità Civile		
	Indennità di accompagnamento		
	Indennità di frequenza		
	Pensione INAIL		
	Pensione inabilità INPS		
	Pensione invalidità INPS		
	Pensione ai superstiti		
	Pensione sociale		
	Contributo economico del Comune		
	Aiuto dei familiari		
	Aiuto da associazioni di volontariato		
	Altro:		

³ 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

Diagnosi :	
ICD 9 CM	
Altre patologie non psichiatriche:	

VALUTAZIONE PSICOPATOLOGICA⁴:

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								
COMPORTEMENTO BIZZARRO								
TRASCURATEZZA DELLA PROPRIA PERSONA								
DISORIENTAMENTO								
DISORGANIZZAZIONE CONCETTUALE								
APPIATTIMENTO AFFETTIVO								
RITIRO EMOTIVO								
RALLENTAMENTO MOTORIO								
TENSIONE								
MANCANZA DI COLLABORAZIONE								
ECCITAMENTO								
DISTRAIBILITA'								
IPERATTIVITA' MOTORIA								
MANIERISMI E POSTURE								
TOTALE PUNTEGGIO								

⁴ Lo strumento utilizzato è la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) Acta Psychiatr Scand 1999; 100: 229-236

PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

FUNZIONAMENTO PERSONALE E SOCIALE⁵:

		nessun problema	Nessuno/moderato o 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				

⁵ 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

Interventi assistenziali e/o riabilitativi di base previsti dal progetto	Visite/Colloqui con il medico Psichiatra		
	Psicoterapia		
	Visite domiciliari ⁶		
	Colloqui/interventi Assistente Sociale		
	Colloqui/interventi Infermiere Professionale		
	Centro Diurno/CSM		
	Incontri con il nucleo familiare		
	Altro intervento:		

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

PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

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

Altri interventi	Inserimento presso struttura residenziale e/o soluzioni di vita indipendente	CTA:	
		COMUNITA' ALLOGGIO	
		GRUPPO APPARTAMENTO:	
	COMUNITA' DOPPIA DIAGNOSI		
	ALTRA SITUAZIONE ABITATIVA: (specificare)		
	Data di attivazione dell'intervento		
Data cessazione intervento			
Compartecipazione alla spesa	SI'	NO	QUOTA COMPARTECIPAZIONE: € Note:
Esito dell'intervento	Precisare il motivo della cessazione o della variazione dell'intervento ed eventuali interventi alternativi ipotizzati:		

PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

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

	Medicina Generale		NPI		SERT		Area Disabilità		Consultorio Familiare
Referenti :	Cognome Nome e recapito								
	Cognome Nome e recapito								
	Cognome Nome e recapito								
	Cognome Nome e recapito								
	Cognome Nome e recapito								
	Cognome Nome e recapito								
	Cognome Nome e recapito								

	Servizio Sociale Ente Locale		Volontariato/auto-aiuto/coop. sociali			Ufficio Esecuzione Penale (UEPE)		Tribunale Minori	Altro:
Referenti :	Cognome Nome e recapito								
	Cognome Nome e recapito								
	Cognome Nome e recapito								
	Cognome Nome e recapito								
	Cognome Nome e recapito								
	Cognome Nome e recapito								

Interventi di taglio socio-assistenziale attivati da altro servizio/agenzia non sanitari	Tipologia di intervento		indicare l'agenzia che fornisce il servizio
	01	CONSULENZA	
	02	ASSISTENZA DOMICILIARE	
	03	CENTRO DIURNO	
	04	INSERIMENTO RESIDENZIALE	
	05	AIUTO ECONOMICO	
	06	INSERIMENTO LAVORATIVO	
	07	SOSTEGNO ALL'ABITARE	
	08	TRASPORTO	
	09	ATTIVITA' TEMPO LIBERO	
	10	ALTRO:	

PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

Progetto a favore di	Cognome e nome dell'interessato:
----------------------	----------------------------------

CONSENSO INFORMATO e TUTELA DEI DATI PERSONALI

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.

Cognome e Nome	Firma
----------------	-------

Consenso

Esprimo il mio consenso alla realizzazione del presente progetto personalizzato

Cognome e Nome	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.

Cognome e Nome	Firma
----------------	-------

Eventuale persona incaricata di tutela /curatela/ amministrazione di sostegno ¹¹	
--	--

Cognome e Nome	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:

Cognome e Nome	Firma
----------------	-------

Eventuale persona incaricata di tutela /curatela/ amministrazione di sostegno ¹²	
--	--

Cognome e nome	Firma
----------------	-------

¹¹ 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

¹² 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

PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO

VERIFICA DEL PROGETTO PERSONALIZZATO¹³

1° verifica del progetto	data	
Valutazione:		
Operatori che effettuano la verifica	Qualifica professionale	Firma

Suggerimenti per la stesura di un nuovo progetto personalizzato

Interventi ipotizzati per la prosecuzione o la modificazione del progetto personalizzato	

Modalità di conclusione dell'intervento/progetto con il paziente¹⁴:

1	Risoluzione clinica
2	Interruzione clinica concordata del rapporto terapeutico
3	Interruzione clinica NON concordata del rapporto terapeutico
4	Cambio di residenza del/della paziente
5	Decesso dell'utente per cause naturali o accidentali
6	Suicidio
7	Invio ad altro DSM
8	Caso di pertinenza non psichiatrica

¹³ La verifica dell'esito/andamento del progetto deve includere anche la valutazione dell'interessato e della famiglia di questi, garantendo tuttavia il rispetto della legge sulla tutela della riservatezza dei dati sensibili.

¹⁴ La tabella va compilata nei casi in cui si interrompa il rapporto terapeutico: scegliere l'opzione corrispondente
Dipartimento Salute Mentale ASP di Agrigento