

**PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO (P.T.I.)
PER LA PRESA IN CARICO COMUNITARIA**

**PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO (P.T.I.)
PER LA PRESA IN CARICO COMUNITARIA**

COGNOME: _____ NOME: _____

LUOGO E DATA DI NASCITA: _____

RESIDENZA: _____ TEL. _____

DOMICILIO: _____

CODICE FISCALE: _____ STATO CIVILE: _____

TITOLO DI STUDIO _____

INVALIDITÀ CIVILE: SÌ NO PERCENTUALE: _____

ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO: SÌ NO BENEFICI LEGGE 104: SÌ NO

ISCRIZIONE LISTE I.68/99: SÌ NO

| | | Tel./Cell./ e-mail |
|---|--|--------------------|
| SERVIZIO DSM REFERENTE DEL PROGETTO | | |
| CASE MANAGER | | |
| RESPONSABILE TERAPEUTICO DEL PROGETTO | | |
| OPERATORE ISIL DI RIFERIMENTO | | |
| ENTE CO-GESTORE E OPERATORE DI RIFERIMENTO ¹ | | |
| FAMILIARE | | |
| AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (se nominato) | | |
| UIEPE | | |
| ALTRI SOGGETTI CHE PARTECIPANO ALLA REDAZIONE DEL PTI: | | |

DATA DI AVVIO DEL PROGETTO: _____

FINANZIAMENTO DEL PTI: art. 24 della L.R. 16 ottobre 2019, n. 17 Piano di zona L. 328/00

PSN (progetto _____)

Fondi dell'Ente co-gestore (es. inserimento lavorativo in cooperativa sociale B)

Inserimento lavorativo L.68/99 Altro: (specificare _____)

¹ Da inserire non appena nominato o scelto dall'utente

▪ **SINTESI DATI BIOGRAFICI**

| |
|--|
| |
|--|

▪ **CONDIZIONI DI SALUTE FISICA E PSICHICA**

| |
|--|
| |
|--|

▪ **CONDIZIONE ABITATIVA E CONTESTO TERRITORIALE DI RIFERIMENTO**

| |
|--|
| |
|--|

▪ **AFFETTIVITÀ / SOCIALITÀ**

NUCLEO
FAMILIARE

RELAZIONI CON IL
VICINATO E CON IL
CONTESTO CITTADINO

RISORSE DELLA
RETE SOCIALE

| |
|--|
| |
| |
| |

▪ **AUTONOMIA PERSONALE**

CURA DELLA PROPRIA
PERSONA E DEL PROPRIO
AMBIENTE DI VITA

USO DEI MEZZI DI
TRASPORTO E DI
COMUNICAZIONE

USO DEL DENARO

| |
|--|
| |
| |
| |

▪ **FORMAZIONE , LAVORO E COMPETENZE**

PERCORSO FORMATIVO

ESPERIENZE LAVORATIVE

CONDIZIONE
LAVORATIVA ATTUALE

INTERESSI PERSONALI
E COMPETENZE

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

▪ **CONDIZIONE ECONOMICA**

FONTI DI REDDITO

| |
|--|
| |
|--|

▪ **BISOGNI RILEVATI**

abitare :

formazione/lavoro:

affettività/socialità:

altri bisogni:

DESCRIZIONE SINTETICA DEL PROGETTO

| |
|--|
| |
|--|

OBIETTIVI DEL PROGETTO

A BREVE TERMINE (SPECIFICARE ARCO TEMPORALE _____)

| |
|--|
| |
|--|

A MEDIO/LUNGO TERMINE (SPECIFICARE ARCO TEMPORALE _____)

| |
|--|
| |
|--|

TEMPISTICA

DURATA DEL
PROGETTO

| |
|--|
| |
|--|

FASI PROGETTUALI ²

▪ **FASE 1**
(indicazione dei tempi)

| |
|--|
| |
|--|

▪ **FASE 2**
(indicazione dei tempi)

| |
|--|
| |
|--|

**MODALITÀ E
PERIODICITÀ DELLA
VALUTAZIONE**

| |
|--|
| |
|--|

² IL PTI può essere o non essere articolato su obiettivi a breve e medio/lungo termine e su una o più fasi progettuali.

FASE 1: AZIONI PROGRAMMATE, PERSONALE E COSTO PRESUNTO

| | AZIONE | DURATA/ PERIODICITÀ | OPERATORE DI RIFERIMENTO | COSTO PRESUNTO | FONTE DI FINANZIAMENTO ³ |
|--|--------|------------------------|-----------------------------|-------------------|-------------------------------------|
| U.O. DSM _____ | | | | | |
| U.O. DSM _____ | | | | | |
| UTENTE ⁴ | | | | | |
| FAMIGLIA | | | | | |
| ENTE CO-GESTORE 1 _____ | | | | | |
| ENTE CO-GESTORE 2 _____ | | | | | |
| ALTRO SOGGETTO DI COMUNITÀ ⁵ _____ | | | | | |
| AMM. DI SOSTEGNO _____ | | | | | |

³ Il PTI può avere più fonti di finanziamento in riferimento alle azioni programmate (es. l'assistente domiciliare può essere finanziato nell'ambito dei fondi ASP dell'art. 24 L.R., 17/2019, il tirocinio formativo nell'ambito di un'azione del Piano di Zoina L.328/00 ecc.). Le azioni che non hanno un costo finanziario (es. prestazioni di un'associazione di volontariato) vanno indicate lasciando in bianco la casella dei costi

⁴ È possibile indicare, ove presente, la compartecipazione dell'utente o della famiglia anche con beni immobili o strumentali (es. disponibilità di un casa per un gruppo appartamento con altri pazienti)

⁵ Soggetti non iscritti all'Albo che svolgono un ruolo nella presa in carico (es. Parrocchia, amici, ecc.)

FASE 2: AZIONI PROGRAMMATE, PERSONALE E COSTO PRESUNTO

| | AZIONE | DURATA/ PERIODICITÀ | OPERATORE DI RIFERIMENTO | COSTO PRESUNTO | FONTE DI FINANZIAMENTO |
|-------------------------------------|--------|------------------------|-----------------------------|-------------------|------------------------|
| U.O. DSM _____ | | | | | |
| U.O. DSM _____ | | | | | |
| UTENTE | | | | | |
| FAMIGLIA | | | | | |
| ENTE CO-GESTORE 1 _____ | | | | | |
| ENTE CO-GESTORE 2 _____ | | | | | |
| ALTRO SOGGETTO DI COMUNITÀ _____ | | | | | |
| AMM. DI SOSTEGNO _____ | | | | | |

CRONOGRAMMA

| | Azione-servizio | MESE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|-----------------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| DSM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENTI CO-GERSTORI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FAMILIARI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UTENETE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AMM. SOSTEGNO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALTRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ACCORDO PER LA CO-GESTIONE DEL PTI
(PRESA IN CARICO COMUNITARIA)**

Il Progetto Terapeutico Individualizzato è condiviso dai seguenti soggetti che sottoscrivono per condivisione e accettazione

UTENTE

Il/La Sig. _____ utente beneficiario/a del PTI si impegna a:

Data _____

Firma _____

FAMILIARE

Il/La Sig. _____ in qualità di familiare del/la Sig. Si impegna a:

Data _____

Firma _____

ASP
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
CASE-MANAGER

Il Dott. _____ nella funzione di case/manager si impegna a:

Data _____

Firma _____

ASP
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
RESPONSABILE TERAPEUTICO DEL PTI

Il Dott. _____ nella funzione di referente terapeutico si impegna a:

Data _____

Firma _____

ENTE CO-GESTORE 1

ENTE CO-GESTORE2

Il Sig./Dott. _____ in qualità di rappresentante dell'Ente Co-gestore
del PTI si impegna a:

Data _____

Firma _____

**AMMINISTRATORE DI
SOSTEGNO**

Il Sig. /Dott. _____ nella qualità di Amministratore di sostegno si impegna a:

Data _____

Firma _____

UEPE

Il Sig. /Dott. _____ nella qualità di operatore dell'UEPE si impegna a:

Data _____

Firma _____

