

“LINEE GUIDA PER L’ELABORAZIONE E LA GESTIONE DEI PROGETTI TERAPEUTICI INDIVIDUALIZZATI (PTI) DI PRESA IN CARICO COMUNITARIA SOSTENUTI DA BUDGET DI SALUTE”

ALLEGATO A

**SCHEDA PER L’ELABORAZIONE DEL
PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO (PTI)
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 (art. __comma__)

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		
SERVIZIO SOCIALE COMUNE DI _____:		

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)

¹ Da inserire non appena nominato o scelto dall'utente

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

▪ **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:

ANALISI SWOT

	SOSTEGNO	OSTACOLO
INTERNO		
ESTERNO		

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.)

**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

Data _____

Firma _____

FAMILIARE

Data _____

Firma _____

CASE-MANAGER

Data _____

Firma _____

**RESPONSABILE
TERAPEUTICO
DEL PTI**

Data _____

Firma _____

**ENTE
CO-GESTORE**

Data _____

Firma _____

**UFFICI DI
SERVIZIO
SOCIALE
COMUNE**

Data _____

Firma _____

**AMMINISTRATO
RE DI SOSTEGNO**

Data _____

Firma _____

UIEPE

Data _____

Firma _____

▪ **AGGIORNAMENTI**

