

Proposta di inserimento in SRP da parte di Professionisti Privati
Ove presenti più risposte, selezionarne SOLO UNA se non altrimenti indicato

A. DATI DEL PROFESSIONISTA PROPONENTE	
Nome e Cognome	
Professione ed eventuali specialità	
Recapiti telefonici - email	
B. SEZIONE SOCIO-ANAGRAFICA DELLA PERSONA	
CODICE FISCALE	
COGNOME	
NOME	
INDIRIZZO	
COMUNE	
TELEFONO	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
Cittadinanza	Italiana ☐ Estera ☐
Se di nazionalità non italiana, specificare il paese estero	
Se di nazionalità non italiana, ha un permesso di soggiorno?	☐ SI ☐ NO
Assistenza sanitaria	☐ Iscrizione SSN ☐ Codice STP ☐ Codice ENI
Sesso	M ☐ F ☐
Stato civile	☐ Celibe/nubile ☐ Coniugato/a ☐ Separato/a ☐ Divorziato/a ☐ Vedovo/a ☐ Convivente
Titolo di studio	☐ Nessuno ☐ Licenza elementare ☐ Lic. media inferiore ☐ Lic. media superiore ☐ Corso professionale ☐ Laurea
Condizione lavorativa attuale	☐ Occupato/a ☐ Disoccupato/a ☐ Studente ☐ In cerca di prima occupazione ☐ Sottoccupato/a ☐ Casalinga ☐ Ritirato dal lavoro / Inabile
Se non occupato, anno dell'ultimo impiego (se presente)	
Se attualmente occupato:	☐ Ha un impiego remunerato ☐ Cooperative sociali tipo B ☐ Formazione lavoro
Provvedimenti disposti in relazione alla capacità di tutelare i propri interessi	☐ Nessuno ☐ Amministratore di sostegno ☐ Interdizione o inabilitazione temporanea
Nominativo dell'amministratore di sostegno (se presente)	
Nominativo del tutore (se presente)	
Invalità civile	☐ NO ☐ SI, totale ☐ SI, parziale con punteggio
Posizione giuridica attuale: specificare se ha provvedimenti penali in atto	☐ NO, nessuno ☐ SI
Se SI, di che genere di provvedimento si tratta?	☐ Misure di Sicurezza (Licenza Finale di Esperimento, Libertà Vigilata, ricovero in OPG/REMS) ☐ Misure Cautelari (Arresti Domiciliari, Custodia Cautelare in Luogo di Cura) ☐ Misure alternative alla detenzione (Detenzione Domiciliare) ☐ Altro provvedimento

Se ha provvedimenti penali in atto, specificare per quali reati	☐ violenza sessuale su minori ☐ violenza sessuale su maggiorenni ☐ resistenza pubblico ufficiale ☐ tentato omicidio ☐ omicidio ☐ omicidio plurimo ☐ maltrattamenti in famiglia ☐ lesioni personali ☐ rapina ☐ detenzione/traffico sostanze stupefacenti ☐ incendio ☐ danneggiamenti ☐ altro	
E' mai stato sottoposto a provvedimenti penali in passato?	☐ NO, mai ☐ SI	
Se SI, di che genere di provvedimenti si è trattato?	☐ Misure di sicurezza (Licenza Finale di Esperimento, Libertà Vigilata, ricovero in OPG/REMS) ☐ Misure cautelari (arresti domiciliari, custodia cautelare in luogo di cura, custodia cautelare in carcere) ☐ Detenzione in carcere ☐ Misure alternative alla detenzione (detenzione domiciliare) ☐ Altro provvedimento	
Se è stato sottoposto a provvedimenti penali in passato, per quali reati?	☐ Violenza sessuale su minori ☐ Violenza sessuale su maggiorenni ☐ Resistenza pubblico ufficiale ☐ Tentato omicidio ☐ Omicidio ☐ Omicidio plurimo ☐ Maltrattamenti in famiglia ☐ Lesioni personali ☐ Rapina ☐ Detenzione/traffico sostanze stupefacenti ☐ Incendio ☐ Danneggiamenti ☐ Altro	
Anno dell'ultimo provvedimento penale (se presente)		
Situazione alloggiativa	☐ Presso proprio domicilio ☐ Presso SR psichiatriche ☐ Presso SR socio assistenziali ☐ Senza fissa dimora ☐ Presso istituto penitenziario	
Se attualmente alloggia presso una struttura residenziale psichiatrica, specificarne la tipologia	☐ STPIT ☐ SRTR_int ☐ SRTR_est ☐ SRSR_Alta ☐ SRSR_Media ☐ SRSR_Bassa ☐ REMS	
Con chi abita attualmente?	☐ Solo ☐ Famiglia di origine ☐ Famiglia propria ☐ Altri parenti ☐ Altre persone (coinquilini, conoscenti, altri utenti)	
Membri viventi del proprio nucleo familiare	☐ Coniuge/Convivente N. figli	
Nel proprio nucleo familiare vivono altri membri? (specificare quali)		
Con quali membri del proprio nucleo familiare sono mantenuti contatti? (specificare quali)		
Membri viventi della famiglia di origine	☐ Madre ☐ Padre N. Fratelli/Sorelle	
Specificare se la coppia genitoriale è convivente	☐ SI ☐ NO	
Specificare con quali membri della famiglia di origine sono mantenuti contatti		
Reddito economico	☐ impiego stabile ☐ impiego saltuario ☐ pensione invalidità ☐ pensione di anzianità ☐ pensione reversibilità ☐ altro reddito ☐ assegno di accompagnamento ☐ sussidio	

C. SEZIONE INFORMAZIONI SANITARIE	
DIAGNOSI (ICD9-CM)	
Valutazione diagnostica per diagnosi principale	_____
Valutazione diagnostica per diagnosi secondaria	_____
Valutazione diagnostica per diagnosi secondaria	_____
SITUAZIONE PSICOPATOLOGICA DI ESORDIO	
Età al momento dell'esordio psicopatologico	_____
Valutazione diagnostica delle condizioni d'esordio (utilizzare le prime tre cifre ICD9-CM)	_____
ALTRE INFORMAZIONI ANAMNESTICHE	
Risulta abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti in passato	☐ SI ☐ NO
Risulta abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti attualmente	☐ SI ☐ NO
Se sì, è stata formulata diagnosi specifica dal SERT di competenza	☐ SI ☐ NO
Risulta uso problematico di alcolici in passato	☐ SI ☐ NO
Risulta uso problematico di alcolici attualmente	☐ SI ☐ NO
Se sì, è stata formulata diagnosi specifica dal SERT di competenza	☐ SI ☐ NO
RAPPORTI CON I SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE	
Data primo contatto	_____
CSM di presa in carico	
N. identificativo utilizzato dal Servizio (N. di cartella o altro)	
Progetto terapeutico in atto	☐ Trattamento psicoterapeutico ☐ Trattamento farmacologico ☐ Trattamento semiresidenziale CD ☐ Trattamento residenziale SR psichiatrica ☐ Inserimento presso SR socio-assistenziale ☐ Interventi di servizio sociale, sostegno economico ☐ Trattamento di sostegno
RICOVERI e/o INSERIMENTI IN STRUTTURE NEGLI ULTIMI DUE ANNI	
SPDC	dove _____ ☐ TSO ☐ TSV gg degenza _____
SPDC	dove _____ ☐ TSO ☐ TSV gg degenza _____
SPDC	dove _____ ☐ TSO ☐ TSV gg degenza _____
SPDC	dove _____ ☐ TSO ☐ TSV gg degenza _____
Casa di cura neuropsichiatrica	dove _____ gg degenza _____
Casa di cura neuropsichiatrica	dove _____ gg degenza _____
Casa di cura neuropsichiatrica	dove _____ gg degenza _____
Casa di cura neuropsichiatrica	dove _____ gg degenza _____
Struttura residenziale psichiatrica	tipologia assistenziale _____ denominazione SRP _____ data inizio permanenza _____ data fine permanenza _____
Struttura residenziale psichiatrica	tipologia assistenziale _____ denominazione SRP _____ data inizio permanenza _____ data fine permanenza _____
Struttura residenziale psichiatrica	tipologia assistenziale _____ denominazione SRP _____ data inizio permanenza _____ data fine permanenza _____
Struttura semiresidenziale psichiatrica (CD)	denominazione CD _____ data inizio permanenza _____ data fine permanenza _____
TERAPIA FARMACOLOGICA	

Antipsicotico	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Antidepressivo	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Sali di litio, altri stabilizzatori dell'umore	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Benzodiazepine e/o ipnotici	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Altri farmaci psicotropi	Nome commerciale _____ dosaggio _____ modalità somministrazione _____
Specificare eventuali altri farmaci assunti per patologie concomitanti	
Compliance terapeutica attuale del paziente	☐ scarsa ☐ sufficiente ☐ buona
Adesione al Piano Terapeutico Individuale (P.T.I.) da parte dei familiari, se presenti	☐ scarsa ☐ sufficiente ☐ buona

D. SEZIONE VALUTAZIONE CLINICO-ASSISTENZIALE	
CONDIZIONE PSICOPATOLOGICA ATTUALE	
Punteggio totale MMSE (per le SRTRi, solo qualora si ipotizzi un decadimento cognitivo)	
Punteggio totale scala BPRS (allegare la BPRS compilata)	
Livelli di funzionamento: Punteggi dell'Asse K (solo per le SRTRi, scala opzionale)	[seguono i punteggi delle 7 sottoscale dell'Asse K]
Area 1 - Compromissione del funzionamento psicologico	
Area 2 - Abilità sociali	
Area 3 - Eventi auto- o eteroaggressivi	
Area 4 - Attività della vita quotidiana - abilità occupazionali	
Area 5 - Abuso di sostanze	
Area 6 - Compromissione delle condizioni fisiche	
Area 7 - Compromissione in altre aree (scala opzionale)	

E. SEZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

IL MEDICO REFERENTE DEL CASO, COMPLETATA LA PRESENTE SCHEDA,
RICHIEDE L'INSERIMENTO DELLA PERSONA IN :

Struttura residenziale (SRP) proposta	☐ Terapeutico–Riabilitative - trattamenti comunitari intensiva (SRTRi) ☐ Terapeutico–Riabilitative - trattamenti comunitari estensivi (SRTRe) ☐ Socio – Riabilitative - elevata intensità assistenziale (SRSR 24 h) ☐ Socio – Riabilitative - media intensità assistenziale (SRSR 12 h) ☐ Socio – Riabilitative - bassa intensità assistenziale (SRSR f.o.)
Struttura semiresidenziale proposta	☐ Centro Diurno (CD)
E' stato definito il P.T.I. comprensivo degli obiettivi intermedi e finali	☐ NO ☐ SI
Se paziente è anche in carico al SERT, il PTI è stato concordato con il SERT competente	☐ NO ☐ SI
Data di presentazione della richiesta alla UVM	

NOTE: