

Allegato 5

Data compilazione _____

PIANO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO INDIVIDUALE (PTRI)

Data/e incontro/i precedente la stesura del PTRI:

DATA INGRESSO IN REMS	
COGNOME NOME	
LUOGO E DATA NASCITA	
RESIDENZA (Comune, Provincia, Via, ecc)	
RECAPITI DI FAMIGLIARI (di riferimento)	

SERVIZI DI RIFERIMENTO

ASST	
ATS	
DSMD di	
Responsabile DSMD	
Telefono	
Fax	
Mail	
CPS di	
Psichiatra responsabile del servizio	
Telefono	
Fax	
Mail	

EQUIPE DSMD (CPS-UOP)	COGNOME NOME	RECAPITI (Telefono, Fax, mail)
Psichiatra		
Assistente Sociale		
Educatore Prof./T. Riab. Psych.		
Infermiere		
Psicologo		

EQUIPE REMS	COGNOME NOME	RECAPITI (Telefono, Fax, mail)
Psichiatra		
Assistente Sociale		
Educatore Prof./T. Riab. Psych.		
Infermiere		
Psicologo		

Allegato 5

ALTRI SERVIZI

SERT di	
Medico referente	
Altro Operatore	
Telefono	
Fax	
Mail	

DIAGNOSI

Diagnosi Principale (ICD10)	
Seconda diagnosi (ICD10)	
Altre diagnosi (ICD10)	

INDICATORI ANAMNESTICI

Precedenti trattamenti psichiatrici	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Vittimizzazione in età evolutiva (traumi /abusi)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Precedenti Violenze	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Esordio precoce atti violenti (in età evolutiva)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Instabilità relazioni affettive	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Competenza a organizzare il tempo libero in modo costruttivo e piacevole	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Frequentazione di pregiudicati	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Abuso di sostanze	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Problemi scolastici /lavorativi	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Ideazione antisociale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Pregressi fallimenti progetti terapeutici adeguati alle possibilità della persona	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Pregressi internamenti	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Precedenti problemi di giustizia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Allegato 5

INDICATORI INTERNI ATTUALI DATA / /

Persistenza sintomatologia psicotica (per es. deliri, allucinazioni) nonostante terapia adeguata - specificare	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Persistenza disturbi del comportamento (esplosività, impulsività) nonostante terapia adeguata - specificare	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
“Craving” e/o Comportamenti di “addiction” sostitutivi di pregresso abuso di sostanze e/o alcool e/o “gambling”	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Assenza/compromissione della consapevolezza di malattia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Scarsa aderenza alle terapie	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Scarso controllo della rabbia e impulsività	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Presenza di deficit cognitivi acquisiti o pregressi	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

INDICATORI ESTERNI ATTUALI DATA / /

Rete familiare accogliente, oltre che adeguata rispetto alla collaborazione per il progetto di dimissione	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Rete familiare deficitaria	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Rete familiare assente	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Situazione reddituale scarsa /assente	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
1. Condizione di straniero extra UE	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
2. Decreto espulsione dal territorio italiano formalizzato	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Presenza di presa in carico dei servizi territoriali	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
1. Tutela (Amministratore Sostegno)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
2. Necessaria	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Possibilità di inserimento nel contesto sociale anche con percorsi di tipo residenziale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
1. Possibilità di accoglienza nell’ambiente in cui viveva prima del reato	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
2. Allarme sociale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Procedimenti penali e/o civili in corso i quali potrebbero interagire con il percorso di dimissione (breve descrizione)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

☐ FASE Accoglienza e Valutazione (breve descrizione)

Firma Psichiatra di riferimento REMS

Firma Psichiatra di riferimento CPS/UOP
e del medico Servizio Dipendenze (se coinvolto)

Allegato 5

RIVALUTAZIONE INDICATORI E STESURA DEL PROGETTO (elaborato in condivisione con il paziente)

INDICATORI INTERNI ATTUALI DATA / /

Persistenza sintomatologia psicotica (per es. deliri, allucinazioni) nonostante terapia adeguata - specificare	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Persistenza disturbi del comportamento (esplosività, impulsività) nonostante terapia adeguata - specificare	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
“Craving” e/o Comportamenti di “addiction” sostitutivi di pregresso abuso di sostanze e/o alcool e/o “gambling”	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Assenza/compromissione della consapevolezza di malattia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Scarsa aderenza alle terapie	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Scarso controllo della rabbia e impulsività	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Presenza di deficit cognitivi acquisiti o pregressi	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

INDICATORI ESTERNI ATTUALI DATA / /

Rete familiare accogliente, oltre che adeguata rispetto alla collaborazione per il progetto di dimissione	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Rete familiare deficitaria	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Rete familiare assente	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Situazione reddituale scarsa /assente	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
3. Condizione di straniero extra UE	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4. Decreto espulsione dal territorio italiano formalizzato	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Presenza di presa in carico dei servizi territoriali	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
3. Tutela (Amministratore Sostegno)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4. Necessaria	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Possibilità di inserimento nel contesto sociale anche con percorsi di tipo residenziale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
3. Possibilità di accoglienza nell’ambiente in cui viveva prima del reato	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4. Allarme sociale	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Procedimenti penali e/o civili in corso i quali potrebbero interagire con il percorso di dimissione (breve descrizione)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Allegato 5

Sviluppo del progetto in REMS

☐ FASE Trattamentale

OBIETTIVI CLINICO / RIABILITATIVI e SOCIALI DEL PERCORSO DI PERMANENZA IN REMS (finalizzati alla riduzione / controllo degli indicatori interni e degli indicatori esterni che rendono il paziente NON DIMISSIBILE)

OBIETTIVO	DESCRIZIONE INTERVENTO

Firma Psichiatra di riferimento REMS

Firma Psichiatra di riferimento CPS/UOP
e del medico Servizio Dipendenze (se coinvolto)

Valutazione Esito della fase trattamentale:

Persistono i seguenti fattori interni di pericolosità alla data / /

Carenza di insight	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Carenza di compliance al trattamento	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Instabilità impulsività	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
"Craving" e/o Comportamenti di "addiction"	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Sintomi attivi di patologia psichiatrica maggiore	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Ideazione violenta/etero aggressività	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>

Firma Psichiatra di riferimento REMS

Firma Psichiatra di riferimento CPS/UOP
e del medico Servizio Dipendenze (se coinvolto)

Allegato 5

Valutazione Esito della fase trattamentale:

Persistono i seguenti fattori interni di pericolosità alla data / /

Carenza di insight	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Carenza di compliance al trattamento	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Instabilità impulsività	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
“Craving” e/o Comportamenti di “addiction”	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Sintomi attivi di patologia psichiatrica maggiore	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>
Ideazione violenta/etero aggressività	Grado Assente <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>

Il paziente ha raggiunto la condizione di “Dimissibilità” dalla REMS

Valutazione condizioni cliniche e comportamentali (breve descrizione)

Valutazione delle condizioni socio ambientali (breve descrizione)

☐ FASE della dimissione

Paziente dimissibile ma presenza di fattori che complicano il percorso di dimissione

- ☐ Funzionamento psicosociale gravemente deficitario
- ☐ Assenza di rete familiare
- ☐ Assenza di rete sociale
- ☐ Allarme sociale

PROGRAMMA SPECIFICO DI DIMISSIONE DALLE REMS

Tipo di percorso

- ☐ territoriale
- ☐ semiresidenziale
- ☐ Residenziale

Richiesta di riesame anticipato ☐ sì ☐ no

OBIETTIVI e TAPPE DEL PERCORSO DI DIMISSIONE

Allegato 5

OBIETTIVO	DESCRIZIONE

Specificare la struttura di inserimento (nome, tipologia, indirizzo) e la tempistica del progetto di accoglienza e di permanenza in struttura

STRUTTURA (nome, indirizzo)

--

Tipologia

- ☐ CPA
- ☐ CPM
- ☐ CRM
- ☐ CRA
- ☐ RES. LEG.
- ☐ Doppia diagnosi
- ☐ RSD
- ☐ _____

Altro: specificare

--

Compartecipazione alla spesa di servizi diversi

- ☐ Servizi Dipendenze
- ☐ Comuni
- ☐ _____

Altro: specificare

--

Firma Psichiatra di riferimento REMS

Firma Psichiatra di riferimento CPS/UOP
e del medico Servizio Dipendenze (se coinvolto)
