



# DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE - ULSS 12VE

Struttura Riabilitativa \_\_\_\_\_

PROGETTO PERSONALIZZATO RIABILITATIVO (PPR)

Data \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DIAGNOSI \_\_\_\_\_

RESPONSABILE PROGETTO PERSONALIZZATO(PP) \_\_\_\_\_

OPERATORI RIFERIMENTO PP \_\_\_\_\_

RESPONSABILE PPR \_\_\_\_\_

OPERATORE RIFERIMENTO PPR (resp. Verifica) \_\_\_\_\_

VERIFICA 3m ☐ 6m ☐ 9m ☐ 12m ☐

UTILIZZO ALTRE STRUTTURE PROGRAMMI

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

CTRP

DH

CA

GA

SPDC

CD

Altro

EVENTUALI ANNOTAZIONI \_\_\_\_\_



**AREE INTERVENTI RIABILITATIVI PREVISTI**

**AREA AUTONOMIA/VITA QUOTIDIANA**

☐

Igiene pers.

☐

Cura spazi pers.

☐

Cura abbigl.

☐

Pasti/cucina

☐

Uso denaro

☐

Ritmo sonno/veglia

☐

Percezione corporea

☐

Mobilità cittadina

**AREA COMPORTAMENTO**

☐

Adeguatezza  
Interesse/contesto

☐

Condivisione  
regole gruppo

☐

Gestione  
impulsi

☐

Cura  
corpo

☐

Gestione  
alcol/sostanze

☐

Gestione comportam.  
auto/etero aggressivi

**AREA COMPETENZE**

☐

Consapev.  
attitudini

☐

Competenze  
operative

☐

Competenze  
strumentali

☐

Autonomia  
organizzativa

☐

Autonomia  
decisionale

☐

Ruolo sociale  
rel.gerarchiche

**AREA AFFETTIVA/EMOTIVA**

☐

riconoscere/  
esprimere emozioni

☐

Riconoscim.  
propria situaz. crisi

☐

Gestione  
lutti/dolore

☐

Soggettività  
storia pers.

☐

Affettività  
sessualità

☐

Autostima

**AREA RELAZIONALE/SOCIALE**

☐

Relazioni.  
familiari

☐

Competenze  
comunicative

☐

Empatia

☐

Relazioni  
interpersonali

☐

interessi pers.  
tempo libero

☐

Utilizzo risorse  
territorio

**AREA COGNITIVA**

☐

Attenzione

☐

Comprensione

☐

Memoria

☐

Comp.  
verbali

☐

Comp.  
scrittura

☐

Negoziiazione

☐

Problem  
solving

☐

Coping



## DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE - ULSS 12VE

Firma utente per presa visione \_\_\_\_\_

PROGRAMMAZIONE E TEMPISTICA DEGLI INTERVENTI  
QUANTIFICATI SECONDO LA MEDIA MENSILE

(NB: nella descrizione oltre all'attività/laboratorio indicare quali giorni di presenza settimanale)

Firma Responsabile PPR \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE ATTIVITA' / LABORATORI GIORNI DELLA SETTIMANA	DATA 1° PROG	DATA 2° PROG	DATA 3° PROG	DATA 4° PROG



## DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE - ULSS 12VE

EVENTUALI NOTE

---

---

---



**ESITO DEL TRATTAMENTO ANNUALE**

data

data

data

data

data

data

DIMESSO ☐

DROP-OUT ☐

SOSPESO ☐

prosegue PPR ☐

inizia nuovo PPR ☐

**INTERVENTI IN CASO DROP OUT**

---

---

---

---

---

**MOTIVI SOSPENSIONE**

---

---

---

---

---

**EVENTUALI NOTE**

---

---

---

---

---