

LUOGO E DATA _____

☐ Primo PAI

☐ Rivalutazione PAI

DISTRETTO Socio-Sanitario Sanitario Equipe di riferimento Ri

ANAGRAFICA UTENTE

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita |__|__|__| Nato/a a _____ Prov. _____

Codice fiscale/STP |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

N° Tessera Sanitaria _____

Residenza Città _____ C.A.P. _____

in via _____

Domicilio (solo se diverso da residenza): Città _____

in via _____ C.A.P. _____

recapito telefonico madre |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

recapito telefonico padre |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Email madre e padre

_____ @ _____

_____ @ _____

Nazionalità

⇒ Italiana

⇒ Comunitaria _____

⇒ Extracomunitaria _____

⇒ Minore straniero non accompagnato

Permesso di soggiorno

➤ domanda presentata in data : _____

➤ Data inizio permanenza |__|__|__| scadenza

Tipologia _____

PEDIATRA /MMG _____ TEL _____

e-mail _____

SCUOLA _____ classe _____
Referente _____ email _____

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

Nominativo	Relazione Di Parentela	Recapiti

ALTRI PARENTI NON CONVINVENTI

Nominativo	Relazione Di Parentela	Recapiti

ASPETTI GIURIDICI

☒ Procedimento TM ☐ Procedimento TO
Rappresentante legale: _____
☐ Tutore /nominativo _____ tel _____
email _____
☐ Curatore Speciale/ nominativo _____ tel _____
email _____
☐ Affidamento Servizi Sociali Comune _____
Referente _____ recapiti _____
☐ Affidamento Servizio Sanitario _____
Referente _____ recapiti _____
☐ Affidamento familiare nominativi _____
☐ Affido preadottivo nominativi _____
Responsabilità genitoriale famiglia d'origine _____
NOTE _____

GIA' IN CARICO AI SERVIZI SOCIALI SI ☐ NO ☐

Assistente sociale di riferimento

Comune

GIA' IN CARICO AI SERVIZI SANITARI SI ☐ NO ☐

Servizio sanitario

Operatore di riferimento

CONDIZIONE DI DISABILITA'

⇒ Certificazione Legge 104, art. 3, comma 1;

⇒ Certificazione Legge 104, art. 3, comma 3:

⇒ Invalidità civile _____ %

⇒ Indennità di frequenza

⇒ Indennità di accompagnamento

☐ Assente ☐ domanda in corso

⇒ altre tipologie di riconoscimenti _____

CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE FAMILIARI

⇒ Assegno sociale _____

⇒ Assegno di Inclusione _____

⇒ Supporto Formazione Lavoro (FLS) _____

⇒ Reddito lavorativo _____

⇒ Reversibilità _____

⇒ Altri contributi/redditi/entrate (anche Comunali) _____

Attestazione ISEE in corso di validità (importo) _____

Condizione abitativa

- INADEGUATA ☐ - PARZIALMENTE ☐ - ADEGUATA ☐ - NON RILEVATA ☐

SPECIFICARE _____

Presenza carichi assistenziali nel nucleo familiare:

☐ altri figli minori

☐ familiare non autosufficiente

☐ familiare parzialmente autosufficiente

- ☐ due o più familiari non autosufficienti
- ☐ un familiare disabile
- ☐ due o più familiari disabili
- ☐ altro _____

Criticità del nucleo familiare:

- ☐ reddito/ lavoro
- ☐ formazione/istruzione
- ☐ problemi giudiziari
- ☐ isolamento/ esclusione sociale
- ☐ dipendenze/salute mentale
- ☐ altro (es. dinamiche relazionali altamente problematiche all'interno del nucleo) _____

NOTE _____

6. CAPACITA' DI SUPPORTO DELLA RETE FAMILIARE /SOCIALE

- ⇒ Presenza e capacità di supporto
- ⇒ parziali difficoltà
- ⇒ Grave difficoltà del caregiver e/o della rete
- ⇒ Assenza del caregiver / rete
- ⇒ presenza di Associazioni /ETS

NOTE _____

PRESA IN CARICO del minore DA PARTE DEI SERVIZI ASL

Diagnosi		Codici ICD10	
1°			
2°			
3°			
PROFILO DI FUNZIONAMENTO	Codici ICF		
	Funzioni e strutture corporee	Attività e partecipazioni e	Fattori ambientali

BISOGNI ASSISTENZIALI

Riabilitativi:

Psicoterapeutici/sostegno psicologico:

Socio-riabilitativi:

Assistenziali sanitari:

Socio-assistenziali:

Abitativi:

Certificazione Integrazione Scolastica (CIS) del _____

Altre Certificazioni: Servizio _____ data _____

NOTE _____

SERVIZI SOCIALI ED ECONOMICI (RIVOLTI AL NUCLEO FAMILIARE)

SERVIZIO	Beneficiario	Ente e Durata	Già attivi al momento della UVMD
Assist. Domiciliare Distrettuale (SAD)			SI ☐ NO ☐
Home Care Premium			SI ☐ NO ☐
Disabilità grave			SI ☐ NO ☐
Disabilità gravissima			SI ☐ NO ☐
Servizio educativo domiciliare (SED)			SI ☐ NO ☐
PNRR Linea di attività _____			SI ☐ NO ☐
Dopo di Noi			SI ☐ NO ☐

Progetto Vita Indipendente			SI ☐ NO ☐
Indennità mensile di Frequenza			SI ☐ NO ☐
Reddito di Inclusione			SI ☐ NO ☐
Trasporto Sociale			SI ☐ NO ☐
PIPPI			SI ☐ NO ☐
Laboratori inclusivi			SI ☐ NO ☐
Assistenza specialistica scolastica			SI ☐ NO ☐
Supporto competenze genitoriali			SI ☐ NO ☐
Supporto psicologico			SI ☐ NO ☐
Mediazione familiare			SI ☐ NO ☐
Inserimento in casa famiglia/ socio-educativa			SI ☐ NO ☐
Altro (specificare): 			SI ☐ NO ☐

SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI (RIVOLTI AL NUCLEO FAMILIARE)

SERVIZIO	Beneficiario	Ente/Durata	Già attivi al momento della UVMD	Richiesta A.G
ADI			SI ☐ NO ☐	☐
Centro salute mentale (CSM)			SI ☐ NO ☐	☐
Servizio dipendenze (serD)			SI ☐ NO ☐	☐
Servizio Disabili Adulti			SI ☐ NO ☐	☐
TSMREE			SI ☐ NO ☐	☐

Consultorio familiare			SI ☐ NO ☐	☐
Consultorio adolescenza			SI ☐ NO ☐	☐
Logopedista			SI ☐ NO ☐	☐
ex art 26 Terapia riabilitativa neuro psicomotoria			SI ☐ NO ☐	☐
Servizio Disturbi Alimentari			SI ☐ NO ☐	☐
Strutture semiresidenziali			SI ☐ NO ☐	☐
Strutture residenziali			SI ☐ NO ☐	☐
ODV/ETS			SI ☐ NO ☐	☐
Altro (specificare): 			SI ☐ NO ☐	☐

Altra tipologia di servizi:

SERVIZIO	Beneficiario	Durata eventuale	Già attivi al momento della UVMD
Serv.Soc. Penale Adulti/Minori			SI ☐ NO ☐
Serv. per L'impiego			SI ☐ NO ☐
Centri formazione professionale			SI ☐ NO ☐
Serv. Politiche abitative			SI ☐ NO ☐
ODV/ETS			SI ☐ NO ☐

PRESTAZIONI ESTERNALIZZATE

OBIETTIVI PAI	Indicatori Codici ICF/Scale	Risultato atteso *

* Miglioramento/stabilizzazione/mantenimento

PROGETTO PERSONALIZZATO

UVMD composta dai seguenti operatori :

ASL _____

ASL _____

ASL _____

ASL _____

ASL _____

ATS RI..... _____

ATS RI..... _____

MMG / PLS _____

SPECIALISTA _____

ALTRI OPERATORI _____

CAREGIVER/Tutore ecc _____

Assistenza privata ° SI ° NO

SCUOLA _____

ETS _____

Altro _____

STRUMENTI / SCHEDE DI VALUTAZIONE UTILIZZATE:

- ⇒ Children Global Assessment scale C-Gas
- ⇒ SCHEDA VALUTAZIONE BISOGNO SOCIALE
- ⇒ SVaMDI
- ⇒ Altro (specificare) _____

Obiettivi:

N.	Obiettivi a breve termine (da 1 a 3 mesi)	Obiettivi a medio termine (da 3 a 6 mesi)	Obiettivi a lungo termine (da 6 a 12 mesi)
1			
2			
3			
4			
5			

Piano Interventi :

<u>Ente</u>	<u>Beneficiario</u>	<u>Tipologia Servizio /prestazione</u>	<u>Numero/frequenza</u>	<u>operatore</u>

BUDGET DI SALUTE

Invalidità civile Indennità di: Frequenza Accompagnamento	L104 art3 Comma 1 Comma 3	Altre indennità: sensoriali disabilità gravissima autismo	Sostegni economici sociali	Assegno Inclusion e	Educator e comunale	Spese sostenute dalla famiglia
€		€	€	€	ore	€
Diurno comunale/ludoteca	Attività con associazion i	Insegnante di sostegno	AEC/educatore	ADI	Altro	
ore		ore	ore	ore		

Servizi coinvolti _____

Risorse impegnate:

ASL _____

ATS/Comune _____

Genitori/esercente la responsabilità genitoriale _____

Associazione/ETS _____

Specificare l'avvio e la durata del progetto _____

Tempi di verifica _____

Firma componenti UVMD

Luogo e data _____

Operatori Comune /ATS
.....

Operatori ASL
.....

Esercente responsabilità genitoriale/Tutore.....

Caregiver

Associazione, ETS, Altro

MMG/PLS

Case manager

Coordinatore UVMD

Informazione e Consenso

Il paziente, il referente familiare e MMG/PLS sono informati che attraverso copia del PAI che:

- a) l'attivazione dei servizi e delle prestazioni necessita di almeno una persona che conviva e *o si occupi* dell'assistito e che interagisca con il servizio e che collabori con il MMG/PLS (caregiver);
- b) laddove non sia possibile indicare la data esatta di inizio PAI della presa in carico, questa sarà definita successivamente e comunicata al destinatario;
- c) in caso di sussistenza di una lista di attesa per l'attivazione degli interventi, questa è gestita razionalmente valutando la gravità delle situazioni in base agli esiti della valutazione e non al solo ordine cronologico di presentazione dell'istanza o di avvenuta presa in carico;
- d) il servizio deve essere avvisato prontamente in caso di ricoveri o trasferimento in altro distretto o altra ASL;
- e) il servizio non risponde alle chiamate di urgenza, ma opera secondo pianificazioni;
- f) i tempi di esecuzione delle prestazioni sono indicativi e non vincolanti;
- g) in caso di mancata collaborazione il personale è autorizzato ad interrompere gli accessi/servizi ;
- h) il piano è soggetto a variazioni in relazione alla dinamicità delle condizioni che richiedono la presa in carico;
- i) la sottoscrizione del documento presente attesta l'accettazione delle regole anzidette

Il sottoscritto/La sottoscritta _____ in qualità di _____ avendo acquisito le informazioni fornite dal titolare ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 e degli Artt. 13-14 del GDPR attraverso la presa visione del documento *”Informativa sul conferimento e trattamento dei dati personali e sulla pubblicazione degli elementi ritenuti non sensibili nei siti istituzionali e di consultazione aperta”* pubblicato sul sito web istituzionale dell'Ente/Amministrazione

DICHIARA

di esser stato adeguatamente informato riguardo al trattamento dei propri dati personali per i fini indicati nella stessa.

Luogo

Firma del dichiarante

VERIFICA ED AGGIORNAMENTO DEL PIANO SOCIALE INDIVIDUALIZZATO

Data _____

Obiettivi	Tipologia servizio/prestazione	Risultati
1.	1.	☐ raggiunto ☐ parzialmente ☐ non raggiunto
2.	2.	☐ raggiunto ☐ parzialmente ☐ non raggiunto
3.	3.	
4.	4.	
5.	5.	

NOTE _____

RIVALUTAZIONE PAI SI ☐ NO ☐

Luogo e data.....

operatori ATS/Comune.....

.....

operatori ASL.....

.....

esercente potestà genitoriale /Caregiver.....

Case manager.....

Coordinatore UVMD