

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 |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

N° Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_

Residenza: Città \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Domicilio (solo se diverso da residenza): Città \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Telefono utente |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Nazionalità

⇒ Italiana

⇒ Comunitaria \_\_\_\_\_

⇒ Extracomunitaria \_\_\_\_\_

Permesso di soggiorno:

➤ Data inizio permanenza |\_\_|\_\_|\_\_| scadenza .....

Tipologia \_\_\_\_\_

Stato civile

⇒ Celibe/Nubile

⇒ Coniugato/a

⇒ Unioni civile

⇒ Convivente

⇒ Separato / Divorziato

⇒ Vedovo/a

MMG \_\_\_\_\_

Nominativo del Caregiver (se presente) TEL e-mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nominativo Tutore o ADS (se presente) TEL e-mail: \_\_\_\_\_

NOTE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

| Nominativo | Relazione Di Parentela | Recapiti |
|------------|------------------------|----------|
|            |                        |          |
|            |                        |          |
|            |                        |          |
|            |                        |          |
|            |                        |          |

#### ALTRI PARENTI NON CONVINVENTI

| Nominativo | Relazione Di Parentela | Recapiti |
|------------|------------------------|----------|
|            |                        |          |
|            |                        |          |
|            |                        |          |
|            |                        |          |
|            |                        |          |

GIA' IN CARICO DEI 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'

- ⇒ Persona con Certificazione Legge 104, art. 3, comma 1;
- ⇒ Persona con Certificazione Legge 104, art. 3, comma 3:
- ⇒ Invalidi civili con invalidità al \_\_\_\_\_ %
- ⇒ Invalidi totali con indennità di accompagnamento
- ⇒ \_\_\_\_\_

#### CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE

⇒ Assegno sociale \_\_\_\_\_

- ⇒ Assegno/Pensione di Inclusione \_\_\_\_\_
- ⇒ Supporto Formazione Lavoro (FLS) \_\_\_\_\_
- ⇒ Pensioni lavorative \_\_\_\_\_
- ⇒ Reversibilità \_\_\_\_\_
- ⇒ Altri contributi/redditi/entrate (anche Comunali) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- ⇒ Attestazione ISEE in corso di validità \_\_\_\_\_

|                                       |                                         |                                     |                                         |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Condizione abitativa</b>           |                                         |                                     |                                         |
| - INADEGUATA <input type="checkbox"/> | - PARZIALMENTE <input type="checkbox"/> | - ADEGUATA <input type="checkbox"/> | - NON RILEVATA <input type="checkbox"/> |

specificare \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Presenza ulteriori carichi assistenziali nel nucleo familiare:**

- ☐ figli minori
- ☐ anziano non autosufficiente
- ☐ anziano parzialmente autosufficiente
- ☐ due o più anziani 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 della rete
- ⇒ Presenza parziale della rete
- ⇒ Grave difficoltà del caregiver e/o della rete a soddisfare i bisogni dell'utente

⇒ Assenza del caregiver / rete

⇒ presenza di Associazioni /ETS

NOTE \_\_\_\_\_

**PRESA IN CARICO 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:

NOTE \_\_\_\_\_

## SERVIZI SOCIALI ED ECONOMICI

| SERVIZIO                                                          | Beneficiario | Ente e durata | Già attivi<br>al momento<br>della UVMD                  |
|-------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|---------------------------------------------------------|
| Assist. Domiciliare<br>Distrettuale (SAD)                         |              |               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Home Care<br>Premium                                              |              |               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Disabilità grave non<br>derivata da processi<br>di invecchiamento |              |               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Non autosufficienza                                               |              |               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Disabilità<br>gravissima                                          |              |               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Servizio educativo<br>domiciliare (SED)                           |              |               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| PNRR Linea di<br>attività _____                                   |              |               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Dopo di Noi                                                       |              |               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Progetto Vita<br>Indipendente                                     |              |               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Alzheimer / SLA                                                   |              |               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Reddito di<br>Inclusione                                          |              |               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Trasporto<br>Sociale                                              |              |               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Altro (specificare):                                              |              |               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

## SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI

| SERVIZIO                       | Interventi/prestazioni | data/periodo attivazione | In corso<br>al momento<br>della UVMD                    |
|--------------------------------|------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|
| ADI                            |                        |                          | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Centro salute<br>mentale (CSM) |                        |                          | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Servizio Dipendenze<br>(SerD)  |                        |                          | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Servizio Disabili              |                        |                          | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

|                                                                 |  |  |                                                         |
|-----------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------------------|
| Adulti                                                          |  |  |                                                         |
| PDTA                                                            |  |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Consultorio familiare                                           |  |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Servizio Disturbi Alimentari                                    |  |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Ausili/presidi                                                  |  |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Riabilitazione ex art 26 (ambulatoriale / semiresid./residenz.) |  |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Tirocini inclusione DGR511/2013                                 |  |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Strutture semiresidenziali                                      |  |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Strutture residenziali                                          |  |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Progetti inserimenti L. 68/1999                                 |  |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Altro                                                           |  |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

### Altra tipologia di servizi:

| SERVIZIO                        | Interventi/prestazioni | data/periodo di attivazione | In corso al momento della UVMD                          |
|---------------------------------|------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------|
| Serv.Soc. Penale Adulti         |                        |                             | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Serv. per L'impiego             |                        |                             | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Centri formazione professionale |                        |                             | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Serv. Politiche abitative       |                        |                             | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ODV/ETS                         |                        |                             | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

## PRESTAZIONI ESTERNALIZZATE

| OBIETTIVI PAI | Indicatori<br>Codici ICF/Scale | Risultato atteso<br>* |
|---------------|--------------------------------|-----------------------|
|               |                                |                       |

\* Miglioramento/stabilizzazione/mantenimento

Note \_\_\_\_\_

## PROGETTO PERSONALIZZATO

UVMD composta dai seguenti operatori :

ASL \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_

ATS RI..... \_\_\_\_\_

ATS RI..... \_\_\_\_\_

MMG / PLS \_\_\_\_\_

SPECIALISTA \_\_\_\_\_

ALTRI OPERATORI \_\_\_\_\_

ETS \_\_\_\_\_

CAREGIVER \_\_\_\_\_

Assistenza privata                      SI ☐                      NO ☐

Presenza badante con regolare contratto di assunzione                      SI ☐                      NO ☐

Altro \_\_\_\_\_

### Valutazione e livello di gravità

#### **STRUMENTI / SCHEDE DI VALUTAZIONE UTILIZZATE:**

- ⇒ SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE
- ⇒ ADL/IADL
- ⇒ BARTHEL
- ⇒ S.V.A.M.D.I.
- ⇒ ALTRO: \_\_\_\_\_

SINTESI BISOGNI SOCIO-SANITARI RILEVATI : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **Obiettivi:**

| N. | Obiettivi a breve termine<br>(da 1 a 3 mesi) | Obiettivi a medio termine<br>(da 3 a 6 mesi) | Obiettivi a lungo termine<br>(da 6 a 12 mesi) |
|----|----------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1  |                                              |                                              |                                               |
| 2  |                                              |                                              |                                               |
| 3  |                                              |                                              |                                               |
| 4  |                                              |                                              |                                               |
| 5  |                                              |                                              |                                               |

#### **Piano Interventi :**

| <u>Ente</u> | <u>Tipologia Servizio /prestazione</u> | <u>Numero/frequenza</u> | <u>operatore</u> |
|-------------|----------------------------------------|-------------------------|------------------|
|             |                                        |                         |                  |
|             |                                        |                         |                  |
|             |                                        |                         |                  |
|             |                                        |                         |                  |
|             |                                        |                         |                  |
|             |                                        |                         |                  |
|             |                                        |                         |                  |
|             |                                        |                         |                  |
|             |                                        |                         |                  |

## **BUDGET DI SALUTE**

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

**Servizi coinvolti** \_\_\_\_\_

Risorse impegnate:

ASL \_\_\_\_\_

ATS/Comune \_\_\_\_\_

Genitori/esercante 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 .....

**nota:** se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministrazione di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 415/2000 art.4 (allegare copia di impedimento alla sottoscrizione)

### 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 PAI

Data \_\_\_\_\_

| Obiettivi | Tipologia servizio/prestazione | Risultati                                                                                                    |
|-----------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.        | 1.                             | <input type="radio"/> raggiunto<br><input type="radio"/> parzialmente<br><input type="radio"/> non raggiunto |
| 2.        | 2.                             | <input type="radio"/> raggiunto<br><input type="radio"/> parzialmente<br><input type="radio"/> non raggiunto |
| 3.        | 3.                             |                                                                                                              |
| 4.        | 4.                             |                                                                                                              |
| 5.        | 5.                             |                                                                                                              |

NOTE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RIVALUTAZIONE PAI    SI ☐                      NO ☐

Luogo e data.....

Interessato, caregiver, rappresentante legale.....

Case Manager .....

Operatori Comune /ATS.....

.....

Operatori ASL .....

.....

.....

Associazione, ETS, Altro .....

Coordinatore UVMD .....

