

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 ☒ ☐

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 _____

Condizione abitativa			
- INADEGUATA ☐	- PARZIALMENTE ☐	- ADEGUATA ☐	- NON RILEVATA ☐

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 al momento della UVMD
Assist. Domiciliare Distrettuale (SAD)			SI ☐ NO ☐
Home Care Premium			SI ☐ NO ☐
Disabilità grave non derivata da processi di invecchiamento			SI ☐ NO ☐
Non autosufficienza			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 ☐
Alzheimer / SLA			SI ☐ NO ☐
Reddito di Inclusione			SI ☐ NO ☐
Trasporto Sociale			SI ☐ NO ☐
Altro (specificare):			SI ☐ NO ☐

SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI

SERVIZIO	Interventi/prestazioni	data/periodo attivazione	In corso al momento della UVMD
-----------------	-------------------------------	---------------------------------	---

ADI			SI ☐ NO ☐
Centro salute mentale (CSM)			SI ☐ NO ☐
Servizio Dipendenze (SerD)			SI ☐ NO ☐
Servizio Disabili Adulti			SI ☐ NO ☐
PDTA			SI ☐ NO ☐
Consultorio familiare			SI ☐ NO ☐
Servizio Disturbi Alimentari			SI ☐ NO ☐
Ausili/presidi			SI ☐ NO ☐
Riabilitazione ex art 26 (ambulatoriale / semiresid./residenz.)			SI ☐ NO ☐
Tirocini inclusione DGR511/2013			SI ☐ NO ☐
Strutture semiresidenziali			SI ☐ NO ☐
Strutture residenziali			SI ☐ NO ☐
Progetti inserimenti L. 68/1999			SI ☐ NO ☐
Altro			SI ☐ NO ☐

Altra tipologia di servizi:

SERVIZIO	Interventi/prestazioni	data/periodo di attivazione	In corso al momento della UVMD
Serv.Soc. Penale Adulti			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

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 (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>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

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.	☐ raggiunto ☐ parzialmente ☐ non raggiunto
2.	2.	☐ raggiunto ☐ parzialmente ☐ 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