

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 _____

Affidato 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 <input type="checkbox"/>	- PARZIALMENTE <input type="checkbox"/>	- ADEGUATA <input type="checkbox"/>	- NON RILEVATA <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Home Care Premium			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Disabilità grave			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Disabilità gravissima			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Servizio educativo domiciliare (SED)			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PNRR Linea di attività _____			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dopo di Noi			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

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

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

SERVIZIO	Beneficiario	Ente/Durata	Già attivi al momento della UVMD	Richiesta A.G
ADI			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro salute mentale (CSM)			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servizio dipendenze (serD)			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servizio Disabili Adulti			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TSMREE			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consultorio familiare			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultorio adolescenza			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopedista			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ex art 26 Terapia riabilitativa neuro psicomotoria			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servizio Disturbi Alimentari			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strutture semiresidenziali			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strutture residenziali			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ODV/ETS			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare):			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altra tipologia di servizi:

SERVIZIO	Beneficiario	Durata eventuale	Già attivi al momento della UVMD
Serv.Soc. Penale Adulti/Minori			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 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/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

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.	<input type="radio"/> raggiunto <input type="radio"/> parzialmente <input type="radio"/> non raggiunto
2.	2.	<input type="radio"/> raggiunto <input type="radio"/> 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