

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	

**Servizi attivi** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

GIA' IN CARICO AI SERVIZI SANITARI    SI     NO

Servizio sanitario	
Operatore di riferimento	

**Servizi attivi** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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**

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

## **BISOGNI ASSISTENZIALI**

Riabilitativi:

Psicoterapeutici/sostegno psicologico:

Socio-riabilitativi:

Assistenziali sanitari:

Socio-assistenziali:

Abitativi:

NOTE \_\_\_\_\_

## PROGETTO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE

UVMO composta dai seguenti operatori :

ASL \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_

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

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

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

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:**

⇒ SCHEDE 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 \_\_\_\_\_

Familiari/ADS/Tutore \_\_\_\_\_

Associazione/ETS \_\_\_\_\_

Specificare l'avvio e la durata del progetto \_\_\_\_\_

Tempi di verifica \_\_\_\_\_

**Firma componenti UVMO/UVMD**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Operatori Comune /ATS .....  
.....

Operatori ASL .....  
.....  
.....  
.....

Caregiver .....

MMG/PLS .....

Associazione, ETS, Altro .....

Case manager .....

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

