

UCAM/ EOH

DGD n° 6

Distretto Socio Sanitario di SALO'



AMBITO Territoriale 11

del GARDA

COMUNE di _____

PROGETTO INDIVIDUALE ASSISTENZIALE P. A. I.

Per il Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

Residente a _____ domiciliato/a a _____

tel. _____ indirizzo e-mail _____

Codice Fiscale _____

TIPOLOGIA UTENTE (ai sensi della DGR 740/13):

All. B1 D.G.R. n. 740/2013:

Persona affetta da malattia del motoneurone, ivi compresa la SLA, con livello di deficit grave/completo colonna 3 e 4

Persona in Stato Vegetativo (SV) con GCS fino a 10

Persona inferiore di 65 anni con altre patologie che comportano dipendenza vitale e assistenza continua (Corea di Huntington, forme gravi di distrofia e di miopatia Sclerosi multipla, Locked in, ecc.)

All. B2 D.G.R. n. 740/2013:

Misure a favore di persona con disabilità grave

Misure a favore di persona Anziana non autosufficiente

Altro _____

Soggetto Responsabile per la gestione del caso: ASL; Comune/Ambito di _____

Valutazione Multidisciplinare eseguita in data _____ presso _____

Equipe valutante composta dai seguenti operatori (specificare titolo e nome):

ASL _____

Comune _____

MMG/PdF _____

Specialista _____

CAREGIVER E ALTRE PERSONE SIGNIFICATIVE

vive con: coniuge/convivente coniuge/figli figli parenti genitori badante solo

altro (specificare) _____

Presenza di un Amministratore di sostegno/tutore: SI NO

Presenza di una rete di volontariato: SI NO

VALUTAZIONE/INTERVENTI IN CORSO/ATTUATI

ADI SI NO Profilo _____ € _____
Figura coinvolta: infermiere Educatore Psicologo Fisioterapista OSS altro _____

Assistenza Privata SI NO

Presenza badante con regolare contratto di assunzione SI NO

Altro _____
(specificare tipo)

Ausili

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Servizi della Rete Socio-Sanitaria

Centro Diurno Integrato CDI

Centro Diurno Disabili CDD

Ricovero di Sollievo (RSA/RSD/CSS)

In attesa inserimento in RSA/RSD/CSS

Comunità Residenziale

Altro _____

Servizi Comunali

SAD :

Operatore ASA /OSS : N. gg sett. _____ N. tot ore sett. _____

Servizio Serale/ festivo

interventi con compresenza di 2 operatori ASA/OSS

con più interventi giornalieri di personale ASA/OSS

Servizio pasti;

Servizio lavanderia;

Appartamenti Protetti;

Trasporto;

Telesoccorso;

Altro _____

Strumenti utilizzati per la Valutazione

Triage

SIDI

CIRS

Certificazione Specialistica

Scheda di orientamento

RSS

FIM/ADI Sper

Relazione clinica per minori

gli strumenti di valutazione utilizzati devono essere allegati al Progetto di Assistenza Individuale

Indennità/Contributi

Invalità : _____ %

Indennità di Accompagnamento

L.104/92 Gravità Handicap

Altri contributi (anche comunali):

Valore ISEE: € _____

€ _____

Interventi di ricovero residenziale - Q.tà/mese: _____

Interventi tutelari a domicilio - Q.tà/mese: _____

Assistenza di base al domicilio - Q.tà/mese: _____

Auto mutuo aiuto - Q.tà/mese: _____

Costo mensile prestazioni/interventi: € _____

Costi totali per prestazioni/interventi nel periodo proposto: € _____

Residenzialità per minori con gravissima disabilità

Punteggio Scheda SI.Di _____

Costo mensile € _____

Costo totale nel periodo proposto € _____

Altro _____

COMUNE:

Vita Indipendente

Altro _____

SERVIZI DELLA RETE:

RSA/ RSD/CSS

CDI/CDD

Altro _____

COSTI TOTALI PREVISTI PROGETTO:

€ _____ per _____

CONTRIBUTI PROPOSTI

ASL € 1.000,00

Comune € _____

Altro: _____

DURATA DEL PROGETTO (specificare l'avvio del progetto e la durata prevista)

REFERENTE DEL PROGETTO:

_____ operatore ASL _____ operatore Comune

MODALITA' MONITORAGGIO/VERIFICA (specificare tipologia operatore e intervallo di tempo previsto per verifica)

ASL _____ Tempistica _____ ASL _____ Tempistica _____

Comune _____ Tempistica _____ Comune _____ Tempistica _____

RIFORMULAZIONE DEL PAI

Data _____ **Motivo:** _____

In caso di riformulazione del PAI allegare nuova copia del seguente documento con nuovo consenso firmato da utente/famiglia

CONDIVIDO E CONCORDO IL PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA P.A.I. PROPOSTOMI DA: UCAM/EOH/COMUNE

Firma del beneficiario o suo delegato*

Luogo e data

Firma Operatori Referenti: COMUNE

Firma Operatori Referenti: UCAM - EOH

.....
.....

.....
.....

*nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione)

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Ai Sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 30.06.03 n. 196, ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell'accesso al beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e/o Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale e/o ASL di Brescia, anche con l'ausilio di mezzi informatici. Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a/delegato/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/a riguardano, funzionale agli scopi per il quale è posto in essere.

....., il.....

Firma.....