

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 \_\_\_\_\_

€ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

€ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

€ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

€ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

€ \_\_\_\_\_ 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.....