

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE

Cognome..... **Nome**.....

Luogo e Data di Nascita.....

Residente in **Comune**.....

Telefono..... **Cellulare**

Invalidità.....

Indennità d’accompagnamento.....

➤ **Persona di riferimento (Caregiver)**

Tel.....

Da quanto tempo si occupa della persona
 con disabilità o non autosufficiente.....

➤ **Referenti del caso:**

ASL.....

COMUNE.....

Centro Specialistico

Ente gestore del Servizio di assistenza domiciliare.....

Altro.....

➤ **Attività assistenziali svolte:**

○ ASSISTENZA DOMICILIARE - frequenza in ore settimanali.....

○ HCP/ALTRI CONTRIBUTI ECONOMICI PER L’ASSISTENZA –
 contributo in €.

○ CENTRO DIURNO/SEMIRESIDENZIALE - frequenza settimanale

○ LABORATORI - frequenza settimanale.....

➤ **Usa presidi?**

○ Se sì, quali?.....

(carrozzina, materasso antidecubito etc)

➤ **Usa ausili per incontinenza?**

- Se sì, quali?.....

➤ **Usa ausili per la sicurezza?**

- Se sì, quali?.....

➤ **La persona vive con**

.....
.....
.....
.....

➤ **Disponibilità della rete parentale/amicale non convivente a:**

- Ospitalità per brevi periodi
- Assistenza pasti
- Accompagnamento a visite
- Aiuto nella deambulazione
- Aiuto nell'igiene personale
- Aiuto nell'igiene ambientale
- Disbrigo pratiche
- Altro

➤ **Ulteriori risorse sociali attivabili:**

- Amici
- Vicinato
- Volontariato
- Nessuna
- Altro

➤ **Obiettivi**

- Favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita
- Mantenimento o recupero dei livelli di autonomia
- Attivare/Migliorare le funzioni di supporto delle reti sociali
- Socializzazione
- Sostenere il nucleo familiare o chi si prende cura
- Altro

➤ **Attività**

- Aiuto e sostegno nella cura della persona e dell'ambiente domestico
- Potenziamento delle capacità residue
- Attività per lo sviluppo sostegno dell'autonomia personale e/o delle autonomie sociali
- Attività di accompagnamento
- Segretariato sociale
- Attività di sollievo alle famiglie
- Socializzazione
- Altro

➤ **Tipologia degli interventi**

- Cura della persona
- Cura dell'ambiente domestico
- Attività per lo sviluppo, recupero e mantenimento dell'autosufficienza
- Attività individuali e/o di gruppo per il mantenimento e lo sviluppo delle autonomie sociali
- Altro

➤ **Figure che intervengono**

Operatore socio sanitario:

- Aiuto nell'assunzione di farmaci
- Aiuto nell'igiene personale (cambio pannolino, utilizzo ausili per pazienti allettati)
- Aiuto nel lavarsi
- Aiuto nel vestirsi
- Disbrigo pratiche
- Altro

Infermiere:

- Sorveglianza infermieristica
- Prelievi ematici
- Sostituzione catetere
- Medicazioni
- Altro

Fisioterapista:

- Mobilizzazione
- Trattamento
- Altro

Medico medicina generale:

- Accesso settimanale
- Accesso quindicinale
- Accesso mensile
- Altro

SCHEDA DI SINTESI (PAI)

➤ Definizione del problema in termini operativi:

.....
.....
.....
.....

➤ Obiettivo:

.....

....

.....

- **Tempi di realizzazione:**

- **Quantificazione oraria dell'intervento**.....
- **Quota di compartecipazione**.....
- **Eventuale rivalutazione degli obiettivi**

- **Periodicità di rivalutazione degli aspetti sociali:**

 A cura di:
- **Periodicità di rivalutazione degli aspetti sanitari:**

 A cura di:

Progetto di:

- **Cure domiciliari**
- **Residenzialità**
- **Semi-residenzialità**

formulato dall'UVM in data.....

Per accettazione (interessato / Tutore / Amministratore di Sostegno)

.....

SCHEMA DI MONITORAGGIO

Data del monitoraggio:

- **Osservazione sull'andamento**

.....
.....

➤ Risultati conseguiti

.....
.....
.....
.....

➤ Eventuale ridefinizione degli obiettivi, delle figure professionali coinvolte e dei loro compiti

.....
.....
.....
.....

➤ Data prossimo monitoraggio

Firma del referente del Piano Assistenziale Individuale:

.....