

P.A.I.

INDICE

SCHEDA DI RILEVAZIONE SITUAZIONE PERSONALE	Pag. 2
SCHEDA DI RILEVAZIONE SITUAZIONE FAMILIARE	Pag. 3
SCHEDA DI RILEVAZIONE SITUAZIONE AMBIENTALE	Pag. 4-5
SCHEDA DI RILEVAZIONE SITUAZIONE SANITARIA:	Pag. 6-7
MONITORAGGIO AGGIORNAMENTI	Pag. 8
SINTESI RIUNIONI PAI	Pag. 9
SPMSQ (area psicologica)	Pag. 10
IADL (area occupazionale)	Pag. 11
ALLEGATO A SCHEDA RIEPILOGATIVA EVENTI	Pag. 12

SCHEDA DI RILEVAZIONE SITUAZIONE PERSONALE

COGNOME E NOME _____

NATO IL _____ A _____ (PROV) _____

INDIRIZZO ABITAZIONE (VIA-COMUNE-CAP) _____ (PROV) _____

TELEFONO _____

CELLULARE _____

E-MAIL _____

Attività lavorativa svolta	
----------------------------	--

Capacità di alimentarsi in autonomia	SI	NO
Capacità di preparare i pasti	SI	NO
Capacità di vestirsi autonomamente	SI	NO
Capacità di provvedere alla propria igiene personale	SI	NO
Condizione economica ISEE (dato per i soli servizi sociali di riferimento non trasferibile all'Ente gestore del servizio)	Valore ISEE	

RELAZIONE SITUAZIONE PERSONALE

SCHEDA DI RILEVAZIONE SITUAZIONE FAMILIARE

PRESENZA ASSISTENTE FAMILIARE PRIVATA

- Non Presente
- Part-time
- Lungo orario
- Convivente

FAMILIARE DI RIFERIMENTO O PERSONE CON CUI HA RAPPORTO SIGNIFICATIVO

Nome e cognome	Recapito telefonico	
		<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> ASSENTE
		<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> ASSENTE
		<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> ASSENTE
		<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> ASSENTE
<u>Figura di Rappresentante Legale</u>		

RELAZIONE SITUAZIONE FAMILIARE

SCHEDA DI RILEVAZIONE SITUAZIONE AMBIENTALE

ABITAZIONE

- **Logistica**

Centro storico	Zona non urbana	Abitazione autonoma	Condominio	Abitazione isolata
----------------	-----------------	---------------------	------------	--------------------

Presenza di barriere architettoniche

Altro (Specificare se si è a conoscenza dei servizi per l'abbattimento delle barriere architettoniche)

- **Condizioni igieniche**

Molto buone	Adeguate	Inadeguate	Altro
-------------	----------	------------	-------

- **Bagno**

In casa	Fuori casa	Con vasca	Con doccia	Altro
---------	------------	-----------	------------	-------

- **Cucina**

Presente	Assente
----------	---------

AMBIENTE RELAZIONALE

Capacità di allacciare rapporti interpersonali	SI	NO
Presenza di interventi di associazioni di volontariato	SI	NO
Presenza di vicinato con rapporti significativi	SI	NO

LIVELLO DI INTEGRAZIONE SOCIALE

Buono	Discreto	Sufficiente	Carente
-------	----------	-------------	---------

RELAZIONE SITUAZIONE AMBIENTALE

SCHEDA DI RILEVAZIONE SITUAZIONE SANITARIA:

PATOLOGIA:	
EVENTUALI TERAPIE:	
MEDICO DI BASE:	Tel.

ALTRI SERVIZI CHE SEGUONO L'UTENTE (barrare casella a sinistra):

	SERVIZIO	REFERENTE
<input type="checkbox"/>	CAD	
<input type="checkbox"/>	Assistenza domiciliare comunale	
<input type="checkbox"/>	Assistenza domiciliare distrettuale	
<input type="checkbox"/>	Centro diurno	
<input type="checkbox"/>	Ex Art. 26	
<input type="checkbox"/>	Volontariato	
<input type="checkbox"/>	ADP Assistenza Domiciliare Programmata	
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare)	

Condizioni:	autosufficiente	parzialmente autosufficiente	non autosufficiente
Invalidità	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Accompagno:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Legge 104/92:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Siete a conoscenza di tutte le agevolazioni fiscali previste <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

BISOGNO ASSISTENZIALE RICHIESTO:

- sostegno e compagnia
- aiuto domestico (pulizie, spese, Disbrigo pratiche)
- igiene personale
- mobilitazione dell'allettato
- controllo compliance farmacologica
- preparazione pasto

- aiuto nella deambulazione
- socializzazione (es. frequenza centro diurno, caffè' Alzheimer.....)
- accompagnamento per visite mediche

OBIETTIVI:

- mantenimento del livello di autonomia
- supporto e sostegno ai Caregivers
- miglioramento capacità funzionali
- ritardo istituzionalizzazione
- altro

PIANO DI INTERVENTO SPECIALIZZATO

--

STANDARD ASSISTENZIALE PREVISTO:

Tot. Ore assegnate	Nr. Interventi settimanali
--------------------	----------------------------

EQUIPE STESURA PAI

PRESENTI	COGNOME e NOME	FIRMA

Firma per accettazione piano di intervento

Nome Utente di riferimento:

Data:

Firma

Informativa ai sensi della Legge sulla tutela dei dati personali (del D.Lgs 30/06/2003 n° 196).

I dati forniti dall'utente verranno trattati anche in forma digitale e nel rispetto della suddetta legge.

All'utente compete il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione ricorrendo i presupposti previsti dalla vigente normativa, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

, li

Firma

SCHEDA DI MONITORAGGIO SEMESTRALE

AGGIORNAMENTI

VARIAZIONE SITUAZIONE UTENTE

MODIFICHE AL PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO UTENTE

(specificare SEMPRE: *Causa della modifica* - *Data dell' [agg.to](#)*)

SOSPENSIONI DEL SERVIZIO UTENTE

(specificare SEMPRE: *Motivazioni della richiesta di sospensione* - *Data dell'agg.to*)

Riunione del P.A.I. N° 3 tenuto in data ___/___/_____

PRESENTI	COGNOME e NOME	FIRMA

Riunione del P.A.I. N° 4 tenuto in data ___/___/_____

FIGURA PROFESSIONALE	COGNOME e NOME	FIRMA

AREA PSICOLOGICA

SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE – SPMSQ Pfeiffer 1975

ELEMENTI DA VALUTARE E SCALA DI VALUTAZIONE				RISULTATO			
				1°	2°	3°	4°
1	Che giorno è oggi? (giorno, mese ed anno)	SI NO	1 0				
2	Che giorno della settimana?	SI NO	1 0				
3	Qual è il nome di questo posto?(oppure: In che posto ci troviamo?)	SI NO	1 0				
4	Qual è il suo numero di telefono? (oppure: Qual è il suo indirizzo?)	SI NO	1 0				
5	Quanti anni ha?	SI NO	1 0				
6	Quando è nato?	SI NO	1 0				
7	Chi è l'attuale Papa?	SI NO	1 0				
8	Chi è l'attuale Presidente della Repubblica?	SI NO	1 0				
9	Qual'era il cognome di sua madre prima di sposarsi?	SI NO	1 0				

10	Faccia 20-3, poi ancora -3 sino a raggiungere 2	SI NO	1 0				
TOTALE							
PUNTEGGIO AGGIUSTATO							
Se il soggetto ha un livello d'istruzione: . inferiore alla scuola dell'obbligo aggiungere 1 al totale (si ammette un errore in più) . uguale alla scuola dell'obbligo il totale resta invariato . superiore alla scuola dell'obbligo togliere 1 al totale (si ammette un errore in meno)							

INTERPRETAZIONE DEL PUNTEGGIO OTTENUTO

- 0 - 2 punti = severo** deterioramento cognitivo;
3 - 4 punti = moderato deterioramento cognitivo;
5 - 7 punti = lieve deterioramento cognitivo;
8 - 10 punti = funzioni cognitive intatte

AREA OCCUPAZIONALE

SCALA DI VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA DELL'ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA IADL Katz. 1963)				RISULTATO					
				1°	2°	3°	4°		
ELEMENTI DA VALUTARE E SCALA DI VALUTAZIONE									
1	USO DEL TELEFONO	Autonomo	4						
		Solo numeri ben noti	3						
		Risponde, non chiama	2						
		Incapace	1						
2	ACQUISTI NEI NEGOZI	Autonomo	4						
		Solo piccoli acquisti	3						
		Deve essere assistito	2						
		Incapace	1						
3	USO DEI MEZZI DI TRASPORTO	Autonomo	5						
		Solo con taxi, non usa mezzi pubblici	4						
		Usa mezzi pubblici solo se accompagnato	3						
		Taxi o auto con aiuto di 1 persona	2						
	Incapace		1						
		4	CAPACITÀ DI USARE MEDICINALI	Autonomo	3				
				Solo se preparati in singole dosi	2				
				Incapace	1				
5	AMMINISTRAZION E DELLE PROPRIE FINANZE			Autonomo	3				
		Solo acquisti modesti, non operazioni bancarie	2						
		Incapace	1						
		TOTALE							

VALUTAZIONE	PUNTEGGIO
Risultato compreso tra 5 e 9	2
Risultato compreso tra 10 e 14	1
Risultato compreso tra 15 e 19	0

