

# P.A.I.

## INDICE

<b>SCHEDA DI RILEVAZIONE SITUAZIONE PERSONALE</b>	Pag. 2
<b>SCHEDA DI RILEVAZIONE SITUAZIONE FAMILIARE</b>	Pag. 3
<b>SCHEDA DI RILEVAZIONE SITUAZIONE AMBIENTALE</b>	Pag. 4-5
<b>SCHEDA DI RILEVAZIONE SITUAZIONE SANITARIA:</b>	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				
<b>TOTALE</b>							
<b>PUNTEGGIO AGGIUSTATO</b>							
Se il soggetto ha un livello d'istruzione: . <b>inferiore</b> alla scuola dell'obbligo <b>aggiungere 1</b> al totale (si ammette un errore in più) . <b>uguale</b> alla scuola dell'obbligo il totale resta <b>invariato</b> . <b>superiore</b> alla scuola dell'obbligo <b>togliere 1</b> 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				
		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				
		<b>TOTALE</b>					

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

