

## AZIENDA SANITARIA LOCALE BA

### Distretto Socio Sanitario Uno

Ambito Territoriale  
Comune di Giovinazzo - Comune di Molfetta

### Piano di Assistenza Individuale (PAI)

Seduta della U.V.M. n. .... del .....

### Assistenza Semiresidenziale

Centro Diurno Socio-Educativo e Riabilitativo per disabili (R. R. n.4/2007 art. 60)

..... di ..... (BA)

Utente ..... nato/a ..... Prov. .... il .....

Residente a ..... Prov. .... Via ..... n° ..... tel. ....

Cittadinanza ..... Stato estero ..... C.F. ....

#### Problemi socio-sanitari attuali

Patologia prevalente .....

Patologia concomitante .....

Sulla base della valutazione/rivalutazione della complessità dei bisogni socio-educativi e riabilitativi nelle diverse aree funzionali rilevati dalla documentazione agli atti, è stato elaborato collegialmente il programma socio-educativo e riabilitativo personalizzato che segue.

<input type="checkbox"/> VALUTAZIONE 1° INGRESSO	<input type="checkbox"/> RIVALUTAZIONE PROROGA
<b>GRADO DI COMPROMISSIONE DELLE AUTONOMIE FUNZIONALI</b>	
<input type="checkbox"/> Ridotta compromissione delle autonomie funzionali	
<input type="checkbox"/> Notevole compromissione delle autonomie funzionali	
<b>TIPOLOGIA DI ASSISTENZA E PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITA'</b>	
<input type="checkbox"/> Assistenza Medico-Specialistica	<input type="checkbox"/> Attività di socializzazione ed animazione
<input type="checkbox"/> Assistenza Psicologica	<input type="checkbox"/> Attività educative indirizzate all'autonomia
<input type="checkbox"/> Assistenza alla persona	<input type="checkbox"/> Attività espressive, psico-motorie e ludiche
<input type="checkbox"/> Prestazioni e trattamenti riabilitativi	<input type="checkbox"/> Attività culturali e di formazione
<b>DURATA E FREQUENZA SETTIMANALE DEGLI ACCESSI</b>	
<input type="checkbox"/> Durata del periodo di accesso: ..... mesi (n. .... giorni)	
<input type="checkbox"/> Numero settimanale degli accessi .....	
<b>OBIETTIVI DI CURA</b>	
<input type="checkbox"/> Sostegno/sollievo al nucleo familiare	<input type="checkbox"/> Accrescimento della mobilità-trasferimenti
<input type="checkbox"/> Educazione e supporto del caregiver	<input type="checkbox"/> Miglioramento della funzionalità globale
<input type="checkbox"/> Miglioramento della qualità di vita	<input type="checkbox"/> Miglioramento stato cognitivo-percettivo
<input type="checkbox"/> Recupero/mantenimento dei livelli di autonomia	<input type="checkbox"/> Potenziamento del tono-forza-trofismo muscolare
<input type="checkbox"/> Miglioramento della deambulazione autonoma	<input type="checkbox"/> Miglioramento capacità relazionali e socio-ambientali
<input type="checkbox"/> Riduzione/contenimento dei disturbi psichici e comportamentali	<input type="checkbox"/> Favorire la permanenza del soggetto nel normale contesto socio-relazionale familiare
<input type="checkbox"/> Miglioramento orientamento nella realtà	<input type="checkbox"/> Altro
<b>AREE DEI BISOGNI E DEGLI INTERVENTI SOCIO-EDUCATIVO E RIABILITATIVI</b>	
Funzioni e abilità oggetto di attenzione e di intervento socio-educativo e riabilitativo	
<input type="checkbox"/> Percezione sensoriale uditiva	<input type="checkbox"/> Mobilità
<input type="checkbox"/> Percezione sensoriale olfattiva	<input type="checkbox"/> Abilità cognitive
<input type="checkbox"/> Percezione sensoriale tattile	<input type="checkbox"/> Coscienza di sé
<input type="checkbox"/> Percezione sensoriale visiva	<input type="checkbox"/> Comunicazione
<input type="checkbox"/> Abilità grosso motorie	<input type="checkbox"/> Abilità sociali
<input type="checkbox"/> Abilità fino-motorie	<input type="checkbox"/> Altro
<b>VALUTAZIONI</b>	
<input type="checkbox"/> Valutazione intermedia programmata per il .....	
<input type="checkbox"/> Valutazione finale programmata per il .....	

Resp. Integrazione S.S.

MMG/PLS

Medico Specialista

Familiare di riferimento

Firma

Timbro e Firma

Firma

Firma (per presa visione)