

## PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE PEDIATRICO

Il Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) è la trasposizione operativa del Progetto di domiciliarità pediatrico e viene elaborato dall' équipe, che prende in carico il minore.

### Dati anagrafici e riferimenti operativi

**COGNOME e NOME del minore** \_\_\_\_\_

**COGNOME e NOME dei genitori o di chi esercita la potestà** \_\_\_\_\_

**ASL/ASO PROPONENTE la dimissione** \_\_\_\_\_

**Unità Operativa** \_\_\_\_\_

**REFERENTE MEDICO ASL/ASO (Cognome, Nome, qualifica, servizio di appartenenza, recapiti telefonici)** \_\_\_\_\_

**ASL RICEVENTE il minore** \_\_\_\_\_

**Specificare ASL di residenza se diversa** \_\_\_\_\_

**DISTRETTO** \_\_\_\_\_

**Direttore del Distretto o suo Delegato** \_\_\_\_\_

**REFERENTE DEL CASO ASL (Cognome, Nome, qualifica, servizio di appartenenza, recapiti telefonici)** \_\_\_\_\_

**COMUNE/ENTE GESTORE** \_\_\_\_\_

**Direttore del Comune/Ente Gestore o suo Delegato** \_\_\_\_\_

**REFERENTE DEL CASO Comune/Ente Gestore**

**Cognome, Nome, qualifica, servizio di appartenenza, recapiti telefonici**

**CARE GIVER di riferimento**  
**Cognome, Nome, familiare o altro, recapiti telefonici**

---

---

## **INQUADRAMENTO GENERALE**

**Definizione delle necessità assistenziali in termini operativi:**

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_  
6. \_\_\_\_\_

**Obiettivi:**

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_  
6. \_\_\_\_\_

**Interventi sanitari:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Interventi affidati al care giver**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Interventi socio-assistenziali**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Profili di assistenza delle Cure Domiciliari**

- Prestazioni infermieristiche estemporanee PIE
- Assistenza infermieristica e/o riabilitativa SID
- Assistenza domiciliare programmata del PdF o MMG ADP
- Assistenza domiciliari integrate: ADI 
  - ADI + pediatria ospedaliera
- Intensive e/o palliative: ADI + UOCP; ADI + team specialistico

**Note**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Prospetto operativo

<b>Servizi/operatori coinvolti</b>	<b>Tipologia di interventi</b>	<b>frequenza accessi</b>
Presidio ospedaliero dimissionario		
Pediatria ospedaliera di riferimento		
PdF o MMG		
Infermiere Cure Domiciliari		
Neuropsichiatria Infantile		
Altri Medici Specialisti		
Fisioterapista		
Logopedista		
Servizi sociali Assistente sociale		
Servizi sociali OSS		
Servizi sociali Educatore Professionale		
Altro		

## Prospetto fornitori

<b>Servizi (nominativo del referente e telefono)</b>	<b>Tipologia di materiale/presidio fornito</b>	<b>frequenza consegne</b>
Servizio Protesi/ Integrativa		
Servizio Farmaceutico		
Altro		

Data prossima revisione \_\_\_\_\_

Verifica:

- al bisogno
- programmata
  
- mensile
- trimestrale
- semestrale
- altro

Luogo e data:
Firma dei genitori del minore o di chi esercita la potestà
Firma del Case Manager del Piano Assistenziale Individuale:
Firme delle figure coinvolte nella predisposizione del PAI

## VERIFICA ED EVENTUALE RIMODULAZIONE DEL PAI

Cognome e Nome del minore \_\_\_\_\_

Osservazione sull'andamento \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

Risultati conseguiti \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

Data prossima verifica \_\_\_\_\_

Per l'eventuale rimodulazione del PAI ricompilare il prospetto operativo e/o fornitore

Luogo e data:
Firma del Case Manager del Piano Assistenziale Individuale:
Firme delle figure coinvolte nella predisposizione del PAI