

**SISTEMA DI ACCREDITAMENTO PER L'EROGAZIONE DI INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALE A CARATTERE DOMICILIARE**

**Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.)**

SEZIONE 1 – DATI ANAGRAFICI

**Beneficiario**

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Sesso: M  F

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

cognome e nome MMG \_\_\_\_\_ ☎ MMG \_\_\_\_\_

**persona di riferimento**

Familiare

Tutore

Amministratore di Sostegno

Cognome e nome \_\_\_\_\_ relazione di parentela \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

recapiti \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

ALTRE INFORMAZIONI

---

---

---

---

**SEZIONE 2 – SITUAZIONE SOCIO SANITARIA**

**Reti di Supporto**

nome	Parente	Convivente	badante	Ruolo (tipo di aiuto)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Autonomie**

<input type="checkbox"/> usa il bastone <input type="checkbox"/> usa il camminatore <input type="checkbox"/> usa le stampelle <input type="checkbox"/> usa sedia a rotelle <input type="checkbox"/> altri supporti o protesi	
<b>1 DEAMBULAZIONE</b>	<b>2 TRASFERIMENTI</b>
1 <input type="checkbox"/> indipendente 2 <input type="checkbox"/> indipendente solo in alcuni ambienti 3 <input type="checkbox"/> richiede supervisione 4 <input type="checkbox"/> richiede aiuto occasionale o poca assistenza 5 <input type="checkbox"/> richiede assistenza continua	1 <input type="checkbox"/> indipendente 2 <input type="checkbox"/> supervisione per andare a: <input type="checkbox"/> letto <input type="checkbox"/> sedere <input type="checkbox"/> bagno 3 <input type="checkbox"/> ass. occasionale per andare a: <input type="checkbox"/> letto <input type="checkbox"/> sedere <input type="checkbox"/> bagno 4 <input type="checkbox"/> ass. continua per andare a: <input type="checkbox"/> letto <input type="checkbox"/> sedere <input type="checkbox"/> bagno 5 <input type="checkbox"/> completamente dipendente
<b>3 USO DEI SERVIZI</b>	<b>4 VESTIRSI</b>
1 <input type="checkbox"/> indipendente nell'uso del bagno e della doccia 2 <input type="checkbox"/> indipendente con l'ausilio di supporti 3 <input type="checkbox"/> richiede assistenza parziale o supervisione 4 <input type="checkbox"/> richiede assistenza continua 5 <input type="checkbox"/> completamente dipendente	1 <input type="checkbox"/> indipendente 2 <input type="checkbox"/> supervisione e/o selezione dei vestiti 3 <input type="checkbox"/> aiuto occasionale o assistenza parziale quotidiana 4 <input type="checkbox"/> deve essere vestito 5 <input type="checkbox"/> oppone resistenza
<b>5 IGIENE PERSONALE</b>	<b>6 ALIMENTARSI</b>
1 <input type="checkbox"/> indipendente 2 <input type="checkbox"/> richiede sollecitazione, richiamo alla memoria, istruzione 3 <input type="checkbox"/> richiede assistenza per alcune operazioni 4 <input type="checkbox"/> richiede assistenza totale 5 <input type="checkbox"/> oppone resistenza	1 <input type="checkbox"/> indipendente 2 <input type="checkbox"/> indipendente con speciali ausili per la disabilità 3 <input type="checkbox"/> richiede aiuto occasionale 4 <input type="checkbox"/> deve essere alimentato 5 <input type="checkbox"/> oppone resistenza
<b>7 CONTINENZA VESCICALE</b>	<b>8 CONTINENZA FECALE</b>
1 <input type="checkbox"/> totale continenza 2 <input type="checkbox"/> richiede toilette quotidiana o richiamo alla memoria 3 <input type="checkbox"/> incontinenza secondaria a fattori noti 4 <input type="checkbox"/> incontinente meno di una volta al giorno 5 <input type="checkbox"/> incontinente più di una volta al giorno	1 <input type="checkbox"/> totale continenza 2 <input type="checkbox"/> richiede toilette quotidiana o richiamo alla memoria 3 <input type="checkbox"/> incontinenza secondaria a fattori noti 4 <input type="checkbox"/> incontinente meno di una volta al giorno 5 <input type="checkbox"/> incontinente più di una volta al giorno

**Condizioni abitative**

<b>ABITAZIONE</b>		<b>RISCALDAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> di proprietà	<input type="checkbox"/> condominio	0 <input type="checkbox"/> totale	<input type="checkbox"/> termosifone
<input type="checkbox"/> in affitto	<input type="checkbox"/> casa singola	1 <input type="checkbox"/> parziale	<input type="checkbox"/> stufa
<input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> casa di cortile	2 <input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> caminetto
_____	<input type="checkbox"/> cascina		
<b>UBICAZIONE</b>		<b>BARRIERE ARCHITETTONICHE</b>	
0 <input type="checkbox"/> servita	<input type="checkbox"/> centrale	0 <input type="checkbox"/> assenti	
1 <input type="checkbox"/> poco servita	<input type="checkbox"/> periferica	1 <input type="checkbox"/> esterne _____	
2 <input type="checkbox"/> isolata		2 <input type="checkbox"/> interne _____	
<b>SERVIZI IGIENICI</b>			
0 <input type="checkbox"/> interni	<input type="checkbox"/> solo WC		
1 <input type="checkbox"/> esterni	<input type="checkbox"/> vasca		
2 <input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> doccia		
<input type="checkbox"/> con barriere			
<input type="checkbox"/> senza barriere			

L'utente è stato/a reso/a partecipe della decisione? (qualora l'utente non sia firmatario)

SI     NO, PERCHE' ....

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OBIETTIVI ASSISTENZIALI**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CONDIZIONI ECONOMICHE – REDDITI, SUSSIDI E CONTRIBUTI**

DESCRIZIONE	IMPORTO
redditi da pensione	Mensile €
redditi da indennità di accompagnamento	Mensile €
altre indennità _____	Mensile complessivo €
Contributi e rimborsi per servizi attivi (es legge 162, home care, Ritornare a casa ecc)	Mensile complessivo €
ISEE	Valore unico €

### SEZIONE 3 - PIANO DEGLI INTERVENTI

La sezione 3 indica: la tipologia degli interventi proposti, la durata e l'articolazione giornaliera o periodica, la fascia oraria, il profilo professionale dell'operatore richiesto, le tempistiche di attivazione in relazione all'urgenza, la sede di svolgimento delle prestazioni, corrispondente al domicilio dell'utente, o in casi eccezionali autorizzati dal servizio sociale, strutture di ricovero e cura; l'ente accreditato scelto dall'utente.

DESCRIZIONE PRESTAZIONI DA EROGARE

---

---

---

---

OPERATORE RICHIESTO (IN CASO DI SAD)

- OSS  
 OPERATORE GENERICICO

PIANIFICAZIONE SETTIMANALE (INDICARE IN CORRISPONDENZA DEI GIORNI L'ORARIO PROPOSTO)

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Mattina							
Pomeriggio							
Sera							

TOT ORE SETTIMANALI \_\_\_\_\_

TOT ORE MENSILI \_\_\_\_\_

DATA DI INIZIO \_\_\_\_\_

DATA DI FINE PRESUNTA \_\_\_\_\_

ATTIVAZIONE URGENTE

- SI  
 NO

SEZIONE 4 – BUONO SERVIZIO

<b>COMUNE DI _____</b>							
<b>BUONO SERVIZIO N. _____</b>				<b>DEL _____</b>			
<b>DECORRENZA: _____</b>				<b>SCADENZA: _____</b>			
<b>BENEFICIARIO</b>				<b>PERSONA DI RIFERIMENTO</b>			
→				→			
<b>FORNITORE ACCREDITATO</b>							
→							
<b>PRESTAZIONI DA EROGARE</b>							
<input type="checkbox"/> PASTI A DOMICILIO <input type="checkbox"/> ASSISTENZA DOMICILIARE <input type="checkbox"/> OPERATORE SPECIALIZZATO <input type="checkbox"/> OPERATORE GENERICO							
<b>ORE SETTIMANALI</b>							
	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Mattina							
Pomeriggio							
Sera							
<b>VALORE DEL BUONO</b>							
ISEE € _____				FASCIA/% _____			
QUOTA A CARICO DELL'UTENTE € _____				BUONO SERVIZIO € _____			
<b>MODALITA' DI LIQUIDAZIONE DEL BUONO</b>							
Rimborso diretto al beneficiario/richiedente con:							
<input type="checkbox"/> accredito su CC n. _____ intestato a _____;							
<input type="checkbox"/> riscossione per cassa;							
Delega di pagamento al soggetto accreditato con:							
<input type="checkbox"/> accredito su CC n. _____ intestato a _____;							
<input type="checkbox"/> riscossione per cassa;							

FIRME

Operatore sociale del Comune

Beneficiario/familiare

Responsabile fornitore accreditato

\_\_\_\_\_

