Allegato 4 - PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (P.A.I.)

Servizio di Assistenza Domiciliare (S.A.D.)

SEZIONE 1 – DATI DEL BENEFICIARIO

Cognome e Nome: _____

Data e luogo di nascita: _____

Codice Fiscale: _____

Indirizzo di residenza: _____

Telefono: _____

Medico di Medicina Generale: _____

Persona di riferimento: _____

Rapporto di parentela: _____

Recapito telefonico: _____

SEZIONE 2 – VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE

Condizioni sanitarie

Diagnosi e patologie principali:

Terapie in corso:

Condizioni sociali

☐ Vive solo

☐ Vive con familiari

☐ Presenza di caregiver

☐ Presenza di assistente familiare (badante)

Eventuali Note:

Autonomia nelle attività della vita quotidiana

Attività	Autonomo	Parzialmente autonomo	Dipendente
Deambulazione	☐	☐	☐
Trasferimenti	☐	☐	☐
Igiene personale	☐	☐	☐
Vestizione	☐	☐	☐
Alimentazione	☐	☐	☐
Uso dei servizi igienici	☐	☐	☐
Continenza	☐	☐	☐

Ausili utilizzati:

☐ Bastone

☐ Deambulatore

☐ Carrozzina

☐ Letto articolato

☐ Sollevatore

☐ Altro: _____

SEZIONE 3 – OBIETTIVI ASSISTENZIALI

- Favorire la permanenza dell'utente al proprio domicilio.
- Mantenere e valorizzare l'autonomia residua.
- Garantire un'adeguata igiene personale e ambientale.
- Prevenire il rischio di isolamento sociale.
- Sostenere il nucleo familiare e il caregiver.
- Prevenire il rischio di cadute e complicanze correlate alla ridotta mobilità.

Ulteriori obiettivi:

SEZIONE 4 – PRESTAZIONI DA EROGARE

☐ Igiene personale

☐ Vestizione

☐ Aiuto nell'alimentazione

☐ Preparazione pasti

☐ Riordino e pulizia dell'ambiente domestico

☐ Lavaggio biancheria

☐ Accompagnamento per visite o commissioni

☐ Spesa

☐ Supporto alla socializzazione

☐ Monitoraggio dello stato generale

☐ Altro:

SEZIONE 5 – PROGRAMMA DEGLI INTERVENTI

Operatore richiesto:

☐ Operatore Socio Sanitario (OSS)

☐ Operatore Generico

Frequenza degli accessi:

☐ Quotidiana

☐ 2 volte/settimana

☐ 3 volte/settimana

☐ Altro: _____

Orario degli interventi:

☐ Mattina

☐ Pomeriggio

☐ Sera

Ore settimanali previste: _____

Data inizio servizio: _____

Data prevista di verifica del P.A.I.: _____

SEZIONE 6 – OSSERVAZIONI

FIRME

Beneficiario o familiare

Coordinatore del servizio

Assistente Sociale del Comune

Data ____ / ____ / _____