

**PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO DOMICILIARE
DIMISSIONI PROTETTE**

COMUNE DI RIFERIMENTO: _____

ENTE EROGATORE ACCREDITATO: _____

STRUTTURA SANITARIA SEGNALANTE: _____

DATI ANAGRAFICI

SIG./SIG.RA: _____ nato/a a: _____ il _____ residente in _____

via _____ tel. _____

Persona di riferimento: _____ relazione con l'interessato: _____ tel.: _____

Utente noto: si no

MMG: _____

Servizi già attivi: _____

DATA DI ATTIVAZIONE: _____

Situazione alle dimissioni (quadro sanitario, presidi, livello di assistenza...):

Condizioni abitative (stato igienico-sanitario, barriere architettoniche...) :

Attivazione pasti: si no

| Analisi dei BISOGNI | Individuazione degli obiettivi | Azioni previste dal progetto | Tempi di attuazione del servizio |
|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Necessita di aiuto e supporto per la cura di sé, della propria igiene personale, del proprio ambiente di vita. ➤ Favorire la permanenza al domicilio | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantenimento di un'adeguata cura di sé; ➤ Mantenimento di un adeguato ambiente di vita; ➤ Mantenimento delle autonomie residue; | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Intervento di igiene personale, bagno assistito e vestizione; ➤ Intervento di igiene ambientale; ➤ Somministrazione del pasto; ➤ Accompagnamento protetto spesa/commissioni; ➤ Monitoraggio della situazione; ➤ Supporto al caregiver. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Durata giorni n. _____ ➤ Ore giornaliere previste n. (min. 6 ore) _____ |

Assistente Sociale



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



| | |
|------------------------|--|
| ASA/OSS | |
| Coordinatore SAD | |
| Beneficiario/caregiver | |

DATA SOTTOSCRIZIONE _____



Azienda Speciale Consortile
Medio Olona
Servizi alla Persona

