


 Residenza Protetta Anziani (R3-R3D)
"MADONNA DELLA VITA"

 Cod. ROG26-33/2.1
 Rev.02 del 30.06.2025

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI)

☐ R3 ☐ R3D

UTENTE: _____

Data di nascita _____

☐ M ☐ F

 CONVENZIONATO AST ☐ SI ☐ NO

 VALUTAZIONE UVI ☐ SI ☐ NO

 VALUTAZIONE CDCD ☐ SI ☐ NO

DATA PRIMA ELABORAZIONE _____

SCADENZA REVISIONE (in mesi):

☐ 3 Mesi

☐ 6 Mesi

EQUIPE ASSISTENZIALE:

Operatore	Cognome Nome	FIRMA
Coordinatore/Responsabile		
Area infermieristica		
Area assistenziale		
CASE-MANAGER		

PER PRESA VISIONE E CONSENSO

Firma MMG	Firma familiare/ADS	Firma Servizio inviante

OSSERVAZIONI NEI PRIMI 15/20 GIORNI DI PERMANENZA NELLA RESIDENZA

• Va d'accordo con la maggioranza delle persone	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Ha rapporti privilegiati con un altro ospite	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Ha rapporti privilegiati con un gruppo di ospiti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Ha rapporti privilegiati con un operatore	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Non ha rapporti privilegiati	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Sta volentieri da solo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Partecipa alle attività proposte	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Rischio di cadute	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Difficoltà nel provvedere all'igiene personale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Difficoltà a vestirsi autonomamente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Difficoltà nell'assunzione dei cibi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Difficoltà nell'assunzione di liquidi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Difficoltà nella comunicazione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Disturbi del sonno	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Disturbi comportamentali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Altro:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Altro:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

ABITUDINI DELLA PERSONA (es. orari sonno veglia, pasti, riposo pomeridiano, attività etc.)

INTERESSI/HOBBIES

Disponibilità della rete parentale /amicale

- | | | |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ospitalità per brevi rientri a casa: | <input type="checkbox"/> Familiari | <input type="checkbox"/> Amici |
| <input type="checkbox"/> Accompagnamento per attività esterne: | <input type="checkbox"/> Familiari | <input type="checkbox"/> Amici <input type="checkbox"/> Volontari |
| <input type="checkbox"/> Supporto nelle attività in struttura: | <input type="checkbox"/> Familiari | <input type="checkbox"/> Amici <input type="checkbox"/> Volontari |

QUADRO GENERALE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI

MOBILITA'				
Escursione articolare: <input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> parziale Presa delle mani: <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> debolezza (<input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sn) <input type="checkbox"/> paralisi (<input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sn) Presa arti inferiori: <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> debolezza (<input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> si) <input type="checkbox"/> paralisi (<input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sn)	<input type="checkbox"/> Completamente autonomo <input type="checkbox"/> Si sposta con assistenza e/o ausili <input type="checkbox"/> Protesi arti: <input type="checkbox"/> superiori <input type="checkbox"/> inferiori <input type="checkbox"/> Deambulazione assistita <input type="checkbox"/> Allettato <input type="checkbox"/> Cambio postura programmata <input type="checkbox"/> Contenzione meccanica <input type="checkbox"/> Altro: _____	AUSILI: <input type="checkbox"/> Deambulatore - canadesi <input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/> Sponde per letto <input type="checkbox"/> Altro: _____ RISCHIO CADUTE (Conley): <input type="checkbox"/> Rischio minimo <input type="checkbox"/> Aumento del rischio <input type="checkbox"/> Rischio alto		
STATO NUTRIZIONALE - ALIMENTAZIONE/IDRATAZIONE				
<input type="checkbox"/> Buono -normale (MNA) <input type="checkbox"/> Obesità <input type="checkbox"/> Rischio malnutrizione <input type="checkbox"/> Inappetenza <input type="checkbox"/> Cachessia <input type="checkbox"/> Anoressia <input type="checkbox"/> Polifagia <input type="checkbox"/> Stomatite <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Celiachia <input type="checkbox"/> Diabete <input type="checkbox"/> Intolleranze: _____	<input type="checkbox"/> Si alimenta da solo <input type="checkbox"/> Aiuto nella deglutizione <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato <input type="checkbox"/> Disfagia: <input type="checkbox"/> Cibi solidi <input type="checkbox"/> Cibi liquidi <input type="checkbox"/> Idratazione spontanea <input type="checkbox"/> Idratazione assistita <input type="checkbox"/> Altro: _____	PRESIDI: <input type="checkbox"/> Protesi dentaria <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEJ <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Altro: _____		
APPARATO RESPIRATORIO				
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Tosse e secrezioni (aspirazione) <input type="checkbox"/> Eupnea <input type="checkbox"/> dispnea: <input type="checkbox"/> da sforzo <input type="checkbox"/> a riposo <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> BPCO <input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Aspirazioni secrezioni <input type="checkbox"/> Ventilazione <input type="checkbox"/> Tracheostomia <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia <input type="checkbox"/> Altro: _____	PRESIDI: <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Respiratore <input type="checkbox"/> Cannula Tracheostomica <input type="checkbox"/> Cannula Guedel <input type="checkbox"/> Altro: _____		
APPARATO CIRCOLATORIO - CARDIVASCOLARE		APPARATO TEGUMENTARIO - INTEGRITA' DELLA CUTE		
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Ipertensione <input type="checkbox"/> Aritmie <input type="checkbox"/> TAO <input type="checkbox"/> Altro: _____	PRESIDI/PROTESI: <input type="checkbox"/> Pace maker <input type="checkbox"/> Protesi Val. <input type="checkbox"/> Port-a-Cath <input type="checkbox"/> C.V.C. <input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Ulcere cutanee 1° - 2° G <input type="checkbox"/> Ulcere cutanee 3° - 4° G <input type="checkbox"/> Ferita Chirurgica <input type="checkbox"/> Altro: _____	PRESIDI: <input type="checkbox"/> Materasso Antidecubito <input type="checkbox"/> Cuscini Antidecubito RISCHIO LESIONI (Braden): <input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Elevato	
APPARATO GASTROINTESTINALE - ELIMINAZIONE FECALE		APPARATO GENITOURINARIO - ELIMINAZIONE URINARIA		
<input type="checkbox"/> Alvo regolare (Bristol) <input type="checkbox"/> Incontinente: <input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Stipsi <input type="checkbox"/> Stomia intestinale <input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Utilizzo lassativi <input type="checkbox"/> Clisteri evacuativi PRESIDI: <input type="checkbox"/> Sedia comoda <input type="checkbox"/> Padella <input type="checkbox"/> Pannolone <input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Nicturia <input type="checkbox"/> Oliguria <input type="checkbox"/> Poliuria <input type="checkbox"/> Urostomia <input type="checkbox"/> Ematuria <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Incontinente: <input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/> occasionale	PRESIDI: <input type="checkbox"/> Pappagallo <input type="checkbox"/> Pannolone <input type="checkbox"/> Catetere vescicale <input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> Altro: _____ <input type="checkbox"/> Rischio infezioni urinarie	
IGIENE PERSONALE	USO WC	SONNO/VEGLIA	UDITO	VISTA
<input type="checkbox"/> Si lava e si veste da solo <input type="checkbox"/> Con aiuto e assistenza <input type="checkbox"/> Totale dipendenza <input type="checkbox"/> Bagno assistito <input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Con uso di ausili <input type="checkbox"/> Con assistenza <input type="checkbox"/> Totale dipendenza <input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Insonnia <input type="checkbox"/> Alterato (sonno/veglia) <input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> normoudente <input type="checkbox"/> ipoacusia <input type="checkbox"/> sordità (<input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sx) PROTESI: <input type="checkbox"/> SI (<input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sx)	<input type="checkbox"/> normo vedente <input type="checkbox"/> riduzione visus <input type="checkbox"/> non vedente PROTESI: <input type="checkbox"/> Occhiali <input type="checkbox"/> Lenti a c.
STATO DI COSCIENZA, PSICO-COMPORTAMENTALE-RELAZIONALE				
<input type="checkbox"/> Normale - Orientato <input type="checkbox"/> Disorientato <input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Irrequieto/ansioso <input type="checkbox"/> Agitazione psicomotoria <input type="checkbox"/> Terapia farmacologica	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo <input type="checkbox"/> Disturbo cognitivo Moderato <input type="checkbox"/> Disturbo cognitivo Grave <input type="checkbox"/> Disturbo comportamentale (BPSD) <input type="checkbox"/> Disturbo Psichiatrico <input type="checkbox"/> Stato minimo di coscienza	<input type="checkbox"/> Collaborante -Tranquillo <input type="checkbox"/> Apatia/disinteresse <input type="checkbox"/> Comprende e risponde correttamente (SPMSQ) <input type="checkbox"/> Comprende ma non comunica correttamente <input type="checkbox"/> Non comprende e non risponde correttamente Grado Demenza (CRD) <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Moderata <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Molto grave		
SCALE DI VALUTAZIONE SOMMINISTRATE				
<input type="checkbox"/> BINA (valutazione non autosufficienza) <input type="checkbox"/> ADL (Attività della vita quotidiana) <input type="checkbox"/> BIM (Indice di Barthel Modificato) <input type="checkbox"/> IDA (indice di dipendenza assistenziale) <input type="checkbox"/> MNA (Valutazione Nutrizionale)	<input type="checkbox"/> CONLEY (Rischio cadute) <input type="checkbox"/> BRADEN (Lesioni da decubito) <input type="checkbox"/> BRISTOL (Alvo-feci) <input type="checkbox"/> SPMSQ (Deficit cognitivi) <input type="checkbox"/> BPSD (Sintomi Comportamentali e Psicologici)	<input type="checkbox"/> A.Di.Co. (Disturbi comportamentali) <input type="checkbox"/> GDS (Scala geriatrica depressione) <input type="checkbox"/> CDR (Grado di Demenza) <input type="checkbox"/> NRS (Valutazione dolore) <input type="checkbox"/> NEWS (monitoraggio clinico)		
INDICE DIPENDENZA ASSISTENZIALE (Punteggio scala IDA)				
<input type="checkbox"/> (7-11) ALTO <input type="checkbox"/> (12-19) MEDIO <input type="checkbox"/> (20-28) BASSO				

A. AREA SACIO-SANITARIA

1. Modulo CLINICO-TERAPEUTICO	OBIETTIVI	INTERVENTI	Figure prof.li	N. OP.
<input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Ipertensione <input type="checkbox"/> Aritmie	<input type="checkbox"/> Prevenire complicazioni e mantenere le capacità residue	<input type="checkbox"/> Monitoraggio parametri vitali: <input type="checkbox"/> Gior. <input type="checkbox"/> Set. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> TAO <input type="checkbox"/> Diabete <input type="checkbox"/> Dialisi	<input type="checkbox"/> Stabilizzare la Condizione Clinica	<input type="checkbox"/> Somministrazione terapia farmacologia	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Dispnea <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> BPCO	<input type="checkbox"/> Corretta somministrazione dei farmaci	<input type="checkbox"/> Assistenza terapia autosomministrata	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Tracheostomia <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> Prevenire reazioni avverse e interazioni	<input type="checkbox"/> Monitoraggio e gestione Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Deficit uditivo <input type="checkbox"/> Deficit visivo <input type="checkbox"/> Protesi	<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Monitoraggio e gestione Presidi Medici e Protesi	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Positività sierologica:	_____	<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Allergie:	INDICATORI D'ESITO	AUSILI/PRESIDI		
<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Errori terapia <input type="checkbox"/> Eventi avversi <input type="checkbox"/> Ricoveri in PS	<input type="checkbox"/> Pace maker <input type="checkbox"/> Protesi <input type="checkbox"/> C.V.C <input type="checkbox"/> Altro: _____		

2. Modulo MOBILITA'	OBIETTIVI	INTERVENTI	Figure prof.li	N. OP.
<input type="checkbox"/> Autonomia totale <input type="checkbox"/> Ausili o carrozzina	<input type="checkbox"/> Garantire sicurezza negli spostamenti	<input type="checkbox"/> Accompagnamento assistito: <input type="checkbox"/> Con ausili <input type="checkbox"/> Senza ausili	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Protesi arti <input type="checkbox"/> Paralisi <input type="checkbox"/> Allettato	<input type="checkbox"/> Migliorare la capacità di deambulazione	<input type="checkbox"/> Mobilizzazione-Cambio postura come da programma	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Mobilizzazione-Cambio postura	<input type="checkbox"/> Garantire la sicurezza con contenzioni	<input type="checkbox"/> Deambulazione assistita come da programma	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Deambulazione assistita	<input type="checkbox"/> Prevenzione della sindrome da immobilizzazione	<input type="checkbox"/> Sorveglianza tutelare continua	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Contenzione fisica	<input type="checkbox"/> Prevenzione rischio cadute (Conley)	<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Rischio cadute	INDICATORI D'ESITO	AUSILI/PRESIDI		
<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Cadute <input type="checkbox"/> Cadute con ricoveri in P.S.	<input type="checkbox"/> Deambulatore <input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/> Sponde letto <input type="checkbox"/> Altro: _____		

3. Modulo INTEGRITA' CUTANEA	OBIETTIVI	INTERVENTI	Figure prof.li	N. OP.
<input type="checkbox"/> Integra - normale	<input type="checkbox"/> Mantenere l'integrità della cute	<input type="checkbox"/> Idratazione della pelle, utilizzo di creme protettive	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Lesione da decubito 1° - 2° Grado	<input type="checkbox"/> Prevenire lesioni da decubito (Braden)	<input type="checkbox"/> Pulizia e medicazione lesioni con prodotti prescritti	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Lesione da decubito 3° - 4° Grado	<input type="checkbox"/> Favorire la guarigione lesioni o ferite esistenti	<input type="checkbox"/> Igiene accurata - asciugatura accurata	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Ferita Chirurgica	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Monitoraggio Presidi Medici e Protesi	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Rischio lesioni <input type="checkbox"/> Rischio infezioni	_____	<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Altro: _____	INDICATORI D'ESITO	AUSILI/PRESIDI		
<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Lesioni da decubito <input type="checkbox"/> Infezioni cutanee	<input type="checkbox"/> Materasso Antidecubito <input type="checkbox"/> Cuscini Antidecubito <input type="checkbox"/> Altro: _____		

4. Modulo NUTRIZIONE	OBIETTIVI	INTERVENTI	Figure prof.li	N. OP.
<input type="checkbox"/> Buono-normale <input type="checkbox"/> Si alimenta da solo	<input type="checkbox"/> Garantire un'alimentazione adeguata (peso)	<input type="checkbox"/> Monitoraggio dell'assunzione giornaliera di cibo e liquidi	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato	<input type="checkbox"/> Prevenire rischi di malnutrizione (MNA)	<input type="checkbox"/> Assistenza nell'assunzione di cibo e liquidi <input type="checkbox"/> Imboccare	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Celiachia <input type="checkbox"/> Diabete	<input type="checkbox"/> Prevenire rischi di disidratazione	<input type="checkbox"/> Adattamento della consistenza dei cibi solidi e liquidi	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEJ <input type="checkbox"/> NPT	<input type="checkbox"/> Prevenire rischi di soffocamento e disfagia	<input type="checkbox"/> Diete speciali <input type="checkbox"/> Monitoraggio Glicemia	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Idratazione assistita <input type="checkbox"/> Diete speciali	<input type="checkbox"/> Corretta gestione delle intolleranze alimentari	<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Rischio malnutrizione/disidratazione	INDICATORI D'ESITO	AUSILI/PRESIDI		
<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Malnutrizione <input type="checkbox"/> Disidratazione <input type="checkbox"/> Ostruzione	<input type="checkbox"/> Protesi dentaria <input type="checkbox"/> Posate ergonomiche <input type="checkbox"/> Altro: _____		

5. Modulo ELIMINAZIONE	OBIETTIVI	INTERVENTI	Figure prof.li	N. OP.
<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Controllo completo	<input type="checkbox"/> Garantire una regolare funzione intestinale	<input type="checkbox"/> Monitoraggio frequenza regolare evacuazioni e diuresi	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Stomia intestinale <input type="checkbox"/> Stomia Urinaria	<input type="checkbox"/> Gestire patologie gastrointestinale (Bristol)	<input type="checkbox"/> Somministrazione di lassativi se necessario	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Incont.za fecale <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Occasionale	<input type="checkbox"/> Garantire una corretta eliminazione urinaria	<input type="checkbox"/> Clisteri evacuativi <input type="checkbox"/> Assistenza alla minzione	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Incont.za urinaria <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Occasionale	<input type="checkbox"/> Prevenire la stipsi <input type="checkbox"/> Prevenire infezioni urinarie	<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Rischio infezioni urinarie	INDICATORI D'ESITO	AUSILI/PRESIDI		
<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Infezioni urinarie <input type="checkbox"/> Episodi di stipsi	<input type="checkbox"/> Catetere vescicale <input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> Pannolone <input type="checkbox"/> Altro: _____		

6. Modulo PSICO-COGNITIVO	OBIETTIVI	INTERVENTI	Figure prof.li	N. OP.
<input type="checkbox"/> Cosciente-Orientato	<input type="checkbox"/> Riconoscere e valutare i disturbi comportamentali	<input type="checkbox"/> Monitoraggio test di valutazione (BPSD)	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Stato di incoscienza <input type="checkbox"/> Stato vegetativo	<input type="checkbox"/> Gestire agitazione, irrequietezza e aggressività	<input type="checkbox"/> Terapia farmacologica sotto controllo medico	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Disorientato <input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> Prevenire il peggioramento dei sintomi	<input type="checkbox"/> Attività strutturate di terapia occupazionale	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo <input type="checkbox"/> Disturbo cognitivo	<input type="checkbox"/> Favorire il benessere emotivo	<input type="checkbox"/> Tecniche di de-escalation per episodi di aggressività	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Disturbo comportamentale (BPSD)	<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Supporto educativo per stabilizzazione dell'umore	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Agitazione psicomotoria <input type="checkbox"/> Aggressività	<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Disturbo Psichiatrico <input type="checkbox"/> Contenzione	INDICATORI D'ESITO	AUSILI/PRESIDI		
<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Episodi aggressività <input type="checkbox"/> Episodi autolesionismo	<input type="checkbox"/> Dispositivi di contenzione fisica <input type="checkbox"/> Altro: _____		

B. AREA ASSISTENZIALE

7. Modulo IGIENE-ABBIGLIAMENTO	OBIETTIVI	INTERVENTI	Figure prof.li	N. OP.
<input type="checkbox"/> Si lava e si veste da solo	<input type="checkbox"/> Favorire l'autonomia nell'igiene personale	<input type="checkbox"/> Supporto per facilitare la gestione personale dell'igiene	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Si lava e si veste con aiuto o supervisione	<input type="checkbox"/> Garantire l'igiene quotidiana per prevenire infezioni e complicanze	<input type="checkbox"/> Assistenza per Igiene /Vestizione e Svestizione	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Totalmente dipendente	<input type="checkbox"/> Garantire il rispetto delle abitudini personali	<input type="checkbox"/> Assistenza nel bagno/doccia, igiene orale, genitali etc.	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Bagno assistito	<input type="checkbox"/> Mantenere il decoro-confort dell'abbigliamento	<input type="checkbox"/> Bagno assistito da piano settimanale: <input type="checkbox"/> Comoda <input type="checkbox"/> Lettino	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Inventario Abbigliamento	<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Allergie:	INDICATORI D'ESITO	AUSILI/PRESIDI		
<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> Infezioni cutanee <input type="checkbox"/> Eventi avversi allergie	<input type="checkbox"/> Spazzole-pettini a manico lungo <input type="checkbox"/> Lavabi-lavatesta portatili <input type="checkbox"/> Altro:		

8. Modulo USO SERVIZI IGIENICI	OBIETTIVI	INTERVENTI	Figure prof.li	N. OP.
<input type="checkbox"/> Completamente autonomo	<input type="checkbox"/> Favorire l'autonomia nell'uso del WC	<input type="checkbox"/> Supporto per facilitare l'autonomia nell'uso del WC	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Autonomo ma con uso di ausili	<input type="checkbox"/> Supportare pazienti con difficoltà motorie	<input type="checkbox"/> Accompagnamento al WC e igiene dopo l'utilizzo	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Deve essere accompagnato	<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Totalmente dipendente	INDICATORI D'ESITO	AUSILI/PRESIDI		
<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> Cadute <input type="checkbox"/> Incidenti	<input type="checkbox"/> Alzawater <input type="checkbox"/> Sedia da comodo <input type="checkbox"/> Altro:		

9. Modulo RITMO SONNO/VEGLIA	OBIETTIVI	INTERVENTI	Figure prof.li	N. OP.
<input type="checkbox"/> Dorme tutta la notte	<input type="checkbox"/> Favorire il benessere del riposo psico-fisico	<input type="checkbox"/> Creazione di routine fisse per il sonno e il risveglio	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Insonnia	<input type="checkbox"/> Regolare il ciclo sonno-veglia	<input type="checkbox"/> Riposo pomeridiano a letto	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Alterazione del ritmo sonno/veglia	<input type="checkbox"/> Ridurre i risvegli notturni	<input type="checkbox"/> Assistenza Messa a Letto e Alzata	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Stato confusionale notturno	<input type="checkbox"/> Prevenire interferenze farmacologiche	<input type="checkbox"/> Monitoraggio tutelare: <input type="checkbox"/> Ogni Ora <input type="checkbox"/> Ogni 30 m. <input type="checkbox"/> Continuo	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Agitazione psicomotoria	<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Contenzione	INDICATORI D'ESITO	AUSILI/PRESIDI		
<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> Episodi Insonnia-disturbo <input type="checkbox"/> Cadute	<input type="checkbox"/> Dispositivi di contenzione fisica <input type="checkbox"/> Altro:		

C. AREA RELAZIONALE

10. Modulo COMUNICAZIONE	OBIETTIVI	INTERVENTI	Figure prof.li	N. OP.
<input type="checkbox"/> Sempre chiara, libera e comprensibile	<input type="checkbox"/> Stimolare le capacità cognitive	<input type="checkbox"/> Lettura e commento delle notizie del giornale	<input type="checkbox"/> ED. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Comprende ma non riesce a comunicare	<input type="checkbox"/> Mantenimento capacità cognitive residue	<input type="checkbox"/> Sostenere l'espressione non verbale dei bisogni	<input type="checkbox"/> ED. <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Non comprende e non riesce a comunicare	<input type="checkbox"/> Potenziare la memoria, l'attenzione e il ragionamento logico	<input type="checkbox"/> Incontri di gruppo per racconti delle storie della vita	<input type="checkbox"/> ED <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Riesce ad esprimere i propri bisogni	<input type="checkbox"/> Migliorare l'espressione verbale e non verbale	<input type="checkbox"/> Svolgimento di attività alle capacità personali dell'ospite	<input type="checkbox"/> ED <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Non riesce ad esprimere i propri bisogni	<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> ED <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Saltuariamente triste e malinconico		<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> ED <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Tono dell'umore stabilmente depresso	INDICATORI D'ESITO	AUSILI/PRESIDI		
<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Progressi nella comunicazione dei bisogni	<input type="checkbox"/> Protesi uditiva <input type="checkbox"/> Ausili per la comunicazione <input type="checkbox"/> Altro: _____		

11. Modulo PARTECIPAZIONE	OBIETTIVI	INTERVENTI	Figure prof.li	N. OP.
<input type="checkbox"/> Collaborante <input type="checkbox"/> Non collaborante	<input type="checkbox"/> Garantire il diritto di una vita di relazione attiva	<input type="checkbox"/> Azioni personalizzate di sostegno alla partecipazione	<input type="checkbox"/> ED <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Saltuariamente collaborante	<input type="checkbox"/> Favorire l'integrazione relazionale	<input type="checkbox"/> Attività di socializzazione con Volontari	<input type="checkbox"/> ED <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Collaborante con incoraggiamento	<input type="checkbox"/> Favorire il senso di appartenenza comunitaria	<input type="checkbox"/> Organizzazione di eventi, laboratori e incontri sociali	<input type="checkbox"/> ED <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Apatia/disinteresse	<input type="checkbox"/> Contrastare l'isolamento	<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> ED <input type="checkbox"/> OSS	
<input type="checkbox"/> Altro: _____	INDICATORI D'ESITO	AUSILI/PRESIDI		
<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Percentuale di partecipazione agli eventi	<input type="checkbox"/> Giochi <input type="checkbox"/> Materiale ludico <input type="checkbox"/> Altro: _____		

12. Modulo DEMENZA	OBIETTIVI	INTERVENTI	Figure prof.li	N. OP.	Cadenza
Demenza (CRD):	<input type="checkbox"/> Mantenimento delle capacità cognitive (stimolazione della memoria, orientamento spazio-temporale)	<input type="checkbox"/> Area cognitiva: Giochi di memoria, reminiscenza, lettura guidata	<input type="checkbox"/> ED. <input type="checkbox"/> OSS		<input type="checkbox"/> a Settimana <input type="checkbox"/> Quotidiana
<input type="checkbox"/> LIEVE <input type="checkbox"/> MODERATA <input type="checkbox"/> GRAVE	<input type="checkbox"/> Miglioramento della qualità della vita (riduzione dell'ansia e dell'agitazione)	<input type="checkbox"/> Area motoria: Ginnastica dolce, passeggiate assistite	<input type="checkbox"/> ED. <input type="checkbox"/> OSS		<input type="checkbox"/> a Settimana <input type="checkbox"/> Quotidiana
<input type="checkbox"/> MOLTO GRAVE <input type="checkbox"/> TERMINALE	<input type="checkbox"/> Supporto motorio (prevenzione delle cadute, mantenimento della mobilità)	<input type="checkbox"/> Area emotiva: Musicoterapia, terapia con animali, bambole ecc.	<input type="checkbox"/> ED. <input type="checkbox"/> OSS		<input type="checkbox"/> a Settimana <input type="checkbox"/> Quotidiana
<input type="checkbox"/> Disturbi comportamentali	<input type="checkbox"/> Socializzazione e benessere emotivo (interazione con altri ospiti, attività ludiche)	<input type="checkbox"/> Area sociale: Attività di gruppo, feste tematiche	<input type="checkbox"/> ED. <input type="checkbox"/> OSS		<input type="checkbox"/> a Settimana <input type="checkbox"/> Quotidiana
<input type="checkbox"/> Aggressività	<input type="checkbox"/> Contenimento dei disturbi comportamentali	<input type="checkbox"/> Area occupazionale: Laboratori di arte, cucina, manipolazione, ecc.	<input type="checkbox"/> ED. <input type="checkbox"/> OSS		<input type="checkbox"/> a Settimana <input type="checkbox"/> Quotidiana
<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> ED. <input type="checkbox"/> OSS		<input type="checkbox"/> a Settimana <input type="checkbox"/> Quotidiana
	INDICATORI D'ESITO	AUSILI/PRESIDI			
	<input type="checkbox"/> livello partecipazione <input type="checkbox"/> riduzione agitazione <input type="checkbox"/> miglioramento capacità motorie <input type="checkbox"/> N° screening	<input type="checkbox"/> Dispositivi di allarme <input type="checkbox"/> Sensori di movimento <input type="checkbox"/> Materiali ludico-riabilitativo			

NOTA: archiviare il PAI e le successive revisioni cronologicamente in un unico plico per ogni singolo anno.