|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| coopsolidale | Residenza Protetta Anziani (R3-R3D)  “**MADONNA DELLA VITA**” | Cod. ROG26-33/2.2  Rev.02 del 30.06.2025 |

REVISIONE PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **UTENTE:** |  |  | Data di nascita |  |  | **M** |  | **F** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA PRIMA ELABORAZIONE** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **REVISIONE N°** | **1** | **DEL** |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **REVISIONE N°** | **2** | **DEL** |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **REVISIONE N°** | **3** | **DEL** |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **REVISIONE N°** | **4** | **DEL** |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **REVISIONE N°** | **5** | **DEL** |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **REVISIONE N°** | **6** | **DEL** |  | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **REVISIONE N°** | **7** | **DEL** |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **REVISIONE N°** | **8** | **DEL** |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **REVISIONE N°** | **9** | **DEL** |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **REVISIONE N°** | **10** | **DEL** |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **REVISIONE N°** | **11** | **DEL** |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **REVISIONE N°** | **12** | **DEL** |  | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **REVISIONE N°** | **13** | **DEL** |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **REVISIONE N°** | **14** | **DEL** |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **REVISIONE N°** | **15** | **DEL** |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **REVISIONE N°** | **16** | **DEL** |  | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **REVISIONE N°** | **17** | **DEL** |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **REVISIONE N°** | **18** | **DEL** |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **SCADENZE REVISIONE** (in mesi) | ❏ **3** Mesi ❏ **6** Mesi |

**MOTIVAZIONE REVISIONE PAI**:

|  |  |
| --- | --- |
| ❏ **Scadenza prevista dal PAI** | ❏ **Miglioramento condizioni utente** |
| ❏ **Peggioramento condizioni utente** | ❏ **Rientro da ricovero ospedaliero** |
| ❏ **Rientro utente da assenza più di 30 gg** | ❏ **Altro:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**EQUIPE ASSISTENZIALE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Operatore** | **Cognome Nome** | **FIRMA** |
| Coordinatore/Responsabile |  |  |
| Area infermieristica |  |  |
| Area assistenziale |  |  |
| REFERENTE-TUTOR |  |  |

**PER PRESA VISIONE E CONSENSO DELL’UTENTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Firma utente** | **Firma familiare** | **Firma ADS** |
|  |  |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **MODIFICA INTERESSI/HOBBIES** |  |
|  | |
|  | |

|  |
| --- |
| **Disponibilità della rete parentale /amicale** |
| ❏ Ospitalità per brevi rientri a casa: ❏ Familiari ❏ Amici  ❏ Accompagnamento per attività esterne: ❏ Familiari ❏ Amici ❏ Volontari  ❏ Supporto nelle attività in struttura: ❏ Familiari ❏ Amici ❏ Volontari |

|  |
| --- |
| **QUADRO GENERALE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MOBILITA’** | | | | | | | | | | | | |
| **Escursione articolare**:  ❏ completa ❏ parziale  **Presa delle mani**:  ❏ normale ❏ debolezza (❏ dx ❏ sn)  ❏ paralisi (❏ dx ❏ sn)  **Presa arti inferiori**:  ❏ normale ❏ debolezza (❏ dx ❏ si)  ❏ paralisi (❏ dx ❏ sn) | | | | | ❏ Completamente autonomo  ❏ Si sposta con assistenza e/o ausili  ❏ Protesi arti: ❏ superiori ❏ inferiori  ❏ Deambulazione assistita  ❏ Allettato  ❏ Cambio postura programmata  ❏ Contenzione meccanica  ❏ Altro: | | | | | **AUSILI:**  ❏ Deambulatore - canadesi  ❏ Carrozzina  ❏ Sponde per letto  ❏ Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **RISCHIO CADUTE** (Conley)**:**  ❏ Rischio minimo  ❏ Aumento del rischio  ❏ Rischio alto | | |
| **STATO NUTRIZIONALE - ALIMENTAZIONE/IDRATAZIONE** | | | | | | | | | | | | |
| ❏ Buono -normale (MNA)  ❏ Obesità ❏ Rischio malnutrizione  ❏ Inappetenza ❏ Cachessia  ❏ Anoressia ❏ Polifagia  ❏ Stomatite ❏ Disfagia  ❏ Celiachia ❏ Diabete  ❏ Intolleranze: | | | | | ❏ Si alimenta da solo  ❏ Aiuto nella deglutizione  ❏ Deve essere imboccato  ❏ Disfagia: ❏ Cibi solidi ❏ Cibi liquidi  ❏ Idratazione spontanea  ❏ Idratazione assistita  ❏ Altro: | | | | | **PRESIDI:**  ❏ Protesi dentaria  ❏ PEG ❏ SNG ❏PEJ ❏NPT  ❏ Altro: | | |
| **APPARATO RESPIRATORIO** | | | | | | | | | | | | |
| ❏ Normale  ❏ Tosse e secrezioni (aspirazione)  ❏ Eupnea  ❏ dispnea: ❏ da sforzo ❏ a riposo  ❏ Asma ❏ BPCO ❏ Altro: | | | | | ❏ Aspirazioni secrezioni  ❏ Ventilazione  ❏ Tracheostomia  ❏ Ossigenoterapia  ❏ Altro: | | | | | **PRESIDI:**  ❏ CPAP ❏ Respiratore  ❏ Cannula Tracheostomica  ❏ Cannula Guedel  ❏ Altro: | | |
| **APPARATO CIRCOLATORIO - CARDIVASCOLARE** | | | | | | | **APPARATO TEGUMENTARIO - INTEGRITA’ DELLA CUTE** | | | | | |
| ❏ Normale ❏ Cardiopatia  ❏ Ipertensione ❏ Aritmie  ❏ TAO  ❏ Altro: | | | | **PRESIDI/PROTESI:**  ❏Pace maker ❏Protesi Val.  ❏Port-a-Cath ❏C.V.C. ❏ Altro: | | | ❏ Normale  ❏ Ulcere cutanee 1° - 2° G  ❏ Ulcere cutanee 3° - 4° G  ❏ Ferita Chirurgica  ❏ Altro: | | | | **PRESIDI:**  ❏ Materasso Antidecubito ❏ Cuscini Antidecubito  **RISCHIO LESIONI** (Braden):  ❏Basso ❏Medio ❏Elevato | |
| **APPARATO GASTROINTESTINALE - ELIMINAZIONE FECALE** | | | | | | | **APPARATO GENITOURINARIO - ELIMINAZIONE URINARIA** | | | | | |
| ❏ Alvo regolare (Bristol)  ❏ Incontinente:  ❏ totale ❏ parziale  ❏ Diarrea  ❏ Stipsi  ❏ Stomia intestinale  ❏ Altro: | ❏ Utilizzo lassativi  ❏ Clisteri evacuativi  **PRESIDI:**  ❏ Sedia comoda  ❏ Padella  ❏ Pannolone  ❏ Altro: | | | | | | ❏ Regolare  ❏ Disuria ❏ Nicturia  ❏ Oliguria ❏ Poliuria  ❏ Urostomia ❏ Ematuria  ❏ Autonomo  ❏ Incontinente:  ❏ totale ❏ occasionale | | | | **PRESIDI:**  ❏ Pappagallo  ❏ Pannolone  ❏ Catetere vescicale  ❏ Condom  ❏ Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ❏ Rischio infezioni urinarie | |
| **IGIENE PERSONALE** | | **USO WC** | | | | **SONNO/VEGLIA** | | | **UDITO** | | | **VISTA** |
| ❏Si lava e si veste da solo  ❏Con aiuto e assistenza  ❏Totale dipendenza  ❏Bagno assistito  ❏ Altro: | | ❏Autonomo  ❏Con uso di ausili  ❏Con assistenza  ❏Totale dipendenza  ❏ Altro:­ | | | | ❏Normale  ❏Insonnia  ❏Alterato (sonno/veglia)  ❏ Altro: | | | ❏ normoudente  ❏ ipoacusia  ❏ sordità (❏dx ❏sx)  **PROTESI:**  ❏SI (❏dx ❏sx) | | | ❏ normo vedente  ❏ riduzione visus  ❏ non vedente  **PROTESI:**  ❏Occhiali ❏ Lenti a c. |
| **STATO DI COSCIENZA, PSICO-COMPORTAMENTALE-RELAZIONALE** | | | | | | | | | | | | |
| ❏ Normale - Orientato  ❏ Disorientato  ❏ Depressione  ❏ Irrequieto/ansioso  ❏ Agitazione psicomotoria  ❏ Terapia farmacologica | | | ❏ Deficit cognitivo  ❏ Disturbo cognitivo Moderato  ❏ Disturbo cognitivo Grave  ❏ Disturbo comportamentale (BPSD)  ❏ Disturbo Psichiatrico  ❏ Stato minimo di coscienza | | | | | ❏Collaborante -Tranquillo ❏Apatia/disinteresse  ❏Comprende e risponde correttamente (SPMSQ)  ❏Comprende ma non comunica correttamente  ❏Non comprende e non risponde correttamente  **Grado Demenza** (CRD)  ❏Lieve ❏Moderata ❏Grave ❏Molto grave | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SCALE DI VALUTAZIONE SOMMINISTRATE** | | |
| ❒ **BINA** (valutazione non autosufficienza)  ❒ **ADL** (Attività della vita quotidiana)  ❒ **BIM** (Idice di Barthel Modificato)  ❒ **IDA** (indice di dipendenza assistenziale)  ❒ **MNA** (Valutazione Nutrizionale) | ❒ **CONLEY** (Rischio cadute)  ❒ **BRADEN** (Lesioni da decubito)  ❒ **BRISTOL** (Alvo-feci)  ❒ **SPSMQ** (Deficit cognitivi)  ❒ **BPSD** (Sintomi Comportamentali e Psicologici) | ❒ **A.Di.Co.** (Disturbi comportamentali)  ❒ **GDS** (Scala geriatrica depressione)  ❒ **CDR** (Grado di Demenza)  ❒ **NRS** (Valutazione dolore)  ❒ **NEWS** (monitoraggio clinico) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INDICE DIPENDENZA ASSISTENZIALE** (Punteggio **IDA**) | | |
| ❒ (**7-11**) **ALTO** | ❒ (**12-19**) **MEDIO** | ❒ (**20-28**) **BASSO** |

1. **AREA SACIO-SANITARIA**

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

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

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

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

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

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

1. **AREA ASSISTENZIALE**

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

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

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

1. **AREA RELAZIONALE**

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

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

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

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