

## P.A.I - PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

Data compilazione \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

proveniente da:

- domicilio
- semiresidenzialità
- residenzialità
- casa di cura
- ospedale
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

Nel caso di progetto residenziale in struttura per:

- un posto di sollievo
- un periodo temporaneo
- un periodo definitivo

È stato/a reso/a partecipe della decisione?  sì  no, perché

---

---

---

Disponibilità della rete parentale/amicale:

- ospitalità per brevi rientri a casa  
(specificare chi) \_\_\_\_\_
- accompagnamento a visite  
(specificare chi) \_\_\_\_\_
- accompagnamento ad attività ricreative o presenza in struttura  
(specificare chi) \_\_\_\_\_
- altro  
(specificare chi) \_\_\_\_\_

### RISORSE ATTIVABILI

- amici (specificare) \_\_\_\_\_
- vicinato (specificare) \_\_\_\_\_
- volontariato (specificare) \_\_\_\_\_
- altro \_\_\_\_\_
- nessuna

**Abitudini della persona (es. orari sonno veglia, pasti....)** \_\_\_\_\_

---

---

**Interessi/hobbies** \_\_\_\_\_

---

---

**Grado di istruzione** \_\_\_\_\_

---

---

**Attività lavorativa svolta** \_\_\_\_\_

---

---

**Allergie**  SI  NO

A farmaci (quali) \_\_\_\_\_

---

---

Alimentari \_\_\_\_\_

---

---

**Intolleranze**  SI  NO

Quali \_\_\_\_\_

---

---

**Problemi intestinali**  SI  NO

Quali \_\_\_\_\_

---

---

**Uso di lassativi**  SI  NO

Quali \_\_\_\_\_

---

---

**Deficit sensoriali**  Visiti  Uditivi

## OSSERVAZIONI NELLA PRIMA SETTIMANA DI PERMANENZA NELLA RESIDENZA

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> gli piace e ha bisogno di sentire altre persone vicine | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> va d'accordo con la maggioranza delle persone          | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> ha rapporti privilegiati con un altro ospite           | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> ha rapporti privilegiati con un gruppo di ospiti       | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> ha rapporti privilegiati con un operatore              | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> non ha rapporti privilegiati                           | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> sta volentieri da solo/a                               | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> partecipa alle attività proposte                       | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

Altro \_\_\_\_\_

Rischio di cadute per \_\_\_\_\_

Difficoltà nel provvedere all'igiene personale a causa di \_\_\_\_\_

Difficoltà nel provvedere all'igiene personale a causa di \_\_\_\_\_

Difficoltà a vestirsi autonomamente a causa di \_\_\_\_\_

Difficoltà nell'assunzione dei cibi a causa di \_\_\_\_\_

Difficoltà nell'assunzione di liquidi a causa di \_\_\_\_\_

Difficoltà nella comunicazione a causa di \_\_\_\_\_

Disturbi del sonno a causa di \_\_\_\_\_

Disturbi comportamentali a causa di \_\_\_\_\_

Note

Firma del Referente del caso:
Firme delle figure professionalmente coinvolte nella predisposizione del PAI:
OSS
Infermiere
Fisioterapista
Medico
Animazione

## AREA SANITARIA

<b>1 - ELIMINAZIONE</b>				
	Situazione attuale	Obiettivo	Intervento	Figure professionali coinvolte
Usa i servizi in completa autonomia*				
Necessita di aiuto nell'uso dei servizi igienici, ma recepisce correttamente gli stimoli*				
Incontinenza urinaria				
Incontinenza fecale				
Doppia incontinenza sfinterica ed uso costante di ausili				

<b>2 - STATO DELLA CUTE</b>				
	Situazione attuale	Obiettivo	Intervento	Figure professionali coinvolte
Integro				
Presenza di ulcere cutanee				

<b>3 - AGITAZIONE PSICO-MOTORIA</b>				
	Situazione attuale	Obiettivo	Intervento	Figure professionali coinvolte
Assente				
Episodica				
Presente di giorno e di notte				
Presente solo di giorno				
Presente solo di notte				
Momenti particolarmente critici (specificare quando, es. prima/dopo pranzo, il tramonto...)				
Con aggressività				

<b>4 - ORIENTAMENTO</b>				
	Situazione attuale	Obiettivo	Intervento	Figure professionali coinvolte
Orientato nel tempo e nello spazio				
Saltuariamente non orientato				
Orientato in struttura				
Non orientato nel tempo				
Non orientato nello spazio				
Disorientato				
Non valutabile				

## AREA ASSISTENZIALE

<b>5 - ALIMENTARSI</b>				
	Situazione attuale	Obiettivo	Intervento	Figure professionali coinvolte
Senza aiuto				
Con supervisione				
Deve essere imboccato				
Nutrizione enterale e/o parenterale				
Necessita diete particolari				
<b>PESO CORPOREO</b>	<b>Kg.</b>			

<b>6 - LAVARSI</b>				
	Situazione attuale	Obiettivo	Intervento	Figure professionali coinvolte
Autonomo (ad eccezione del bagno)				
Si lava mani e viso autonomamente				
Supervisione costante nel lavarsi				
Non è in grado di lavarsi autonomamente				

<b>7 - VESTIRSI</b>				
	Situazione attuale	Obiettivo	Intervento	Figure professionali coinvolte
Autonomo				
Possibile solo con supervisione				
Incapace di vestirsi				

## AREA RELAZIONALE

8 - COMUNICAZIONE				
	Situazione attuale	Obiettivo	Intervento	Figure professionali coinvolte
Sempre chiara , libera e comprensibile				
Riesce ad esprimere i propri bisogni, ma non comprende ordini verbali semplici				
Non riesce ad esprimere i propri bisogni, ma comprende ordini verbali semplici				
Non è in grado di comprendere informazioni verbali semplici e non può indicare i propri bisogni, conserva il minimo di capacità espressiva				
Non è in grado di comprendere informazioni verbali semplici e non può indicare i propri bisogni, non conserva il minimo di capacità espressiva				

## AREA RIABILITATIVA

9 - MOBILITÀ				
	Situazione attuale	Obiettivo	Intervento	Figure professionali coinvolte
Autonomia totale				
Uso autonomo di ausilio o carrozzina				
Cammina con aiuto e/o sotto supervisione				
Obbligo letto e/o carrozzina				
Ausili di contenzione      SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				
Quali?				



## REVISIONI

### AREA SANITARIA

Data	Problemi	Obiettivi	Interventi	Tempi/ Operatori

### AREA ASSISTENZIALE

Data	Problemi	Obiettivi	Interventi	Tempi/ Operatori

### AREA RIABILITATIVA

Data	Problemi	Obiettivi	Interventi	Tempi/ Operatori

### AREA RELAZIONALE

Data	Problemi	Obiettivi	Interventi	Tempi/ Operatori