



**PROCEDURA ACCESSO –
ACCOGLIENZA – PRESA IN
CARICO –(PAI)
Dimissioni - RAPPORTI con
Utente e Familiari**

14/02/2022
Pag.1 di 29

--

Sommario:

Capitolo I^ "Accoglienza e presa in carico"

- 1.OBIETTIVO.....
2. PREMESSE
3. COMPETENZE/RESPONSABILITA'
4. MODALITA' OPERATIVE

Capitolo II^ "PAI "

- PREMESSA
- OBIETTIVI
- . MODALITÀ OPERATIVE

Capitolo III ^ "Dimissioni/trasferimento"

6. MODALITÀ OPERATIVE

Capitolo V^ "Rapporti con utente e familiari"

7. MODALITÀ OPERATIVE

REV	DATA	MOTIVO	PAG.
	14/02/2022	Modifiche formali	Tutte

Redatto da:

Coordinatore Sanitario	
Dott . S Saccuti	

Approvato da:

Coordinatore infermieristico	Direttore Generale
Claudio Rano	D.ssa De Cristofaro Lucia



Capitolo I^ “Accoglienza e Presa in carico”

OBIETTIVO:

- Garantire una buona accoglienza nella fase di ingresso in struttura dell'ospite;
- Creare con l'utente ed i familiari un'alleanza terapeutica/assistenziale finalizzata ad un'ottimale presa in carico e a successivi momenti di integrazione/collaborazione;
- Creare le condizioni per assistere l'anziano in modo efficace in attesa della preparazione del PAI;
- Pianificare e attuare un'efficace progetto individualizzato nel rispetto delle esigenze e della dignità dell'ospite.

PREMESSE:

L'attenzione va ad un processo continuo per cui l'accoglienza non termina con la presa in carico di un ospite, perché accogliere per noi significa "saper ricevere" ed essere sostenitore in modo costante della persona, nell'incedere della senescenza, nel progredire della malattia e nella ripercussione che si verificano nel nucleo familiare di appartenenza, rinnovando di giorno in giorno il legame di fiducia tra chi riceve la cura e l'operatore. Perché accogliere non è una fase di un processo, ma "un continuum".

La finalità del nostro intervento è, quindi, quella di mantenere attive le risorse, poche o tante che siano nell'anziano, attenti a quanto permane e quanto si modifica nell'individuo, attraverso attività specifiche, ma soprattutto attraverso la cura della socializzazione e nel rispetto dei bisogni propri di ogni persona.

Con questa procedura si cerca di incidere sul “come” si agisce ed interagisce nella delicata fase dall'accoglienza. Questo momento può pregiudicare l'intero rapporto fra anziano/familiari e struttura, ma anche essere l'inizio di un rapporto gratificante di fiducia e collaborazione.

E' nella fase di pre-ingresso che si costruiscono i presupposti per una buona riuscita del lavoro dell'equipe in quanto si devono evidenziare e chiarire le reciproche aspettative legate a questo momento per non incorrere a fraintendimenti e ad una sempre più efficace e proficua collaborazione.

E' quindi necessario effettuare una buona raccolta dati biografici e sui bisogni ed autonomie presenti nel momento dell'ingresso oltre alle varie criticità presenti.

E' necessario anche fornire alla famiglia informazioni precise circa l'organizzazione della struttura.



Al tempo stesso nel protocollo si vanno ad identificare: modi, tempi, ruoli e responsabilità che ci condurranno alla definizione del primo Piano Assistenziale Individuale.

COMPETENZE/RESPONSABILITÀ:

- ☐ Coordinatore
- ☐ Medico

- ☐ Infermiere
- ☐ OSS
- ☐ Fisioterapista
- ☐ Terapia Occupazionale

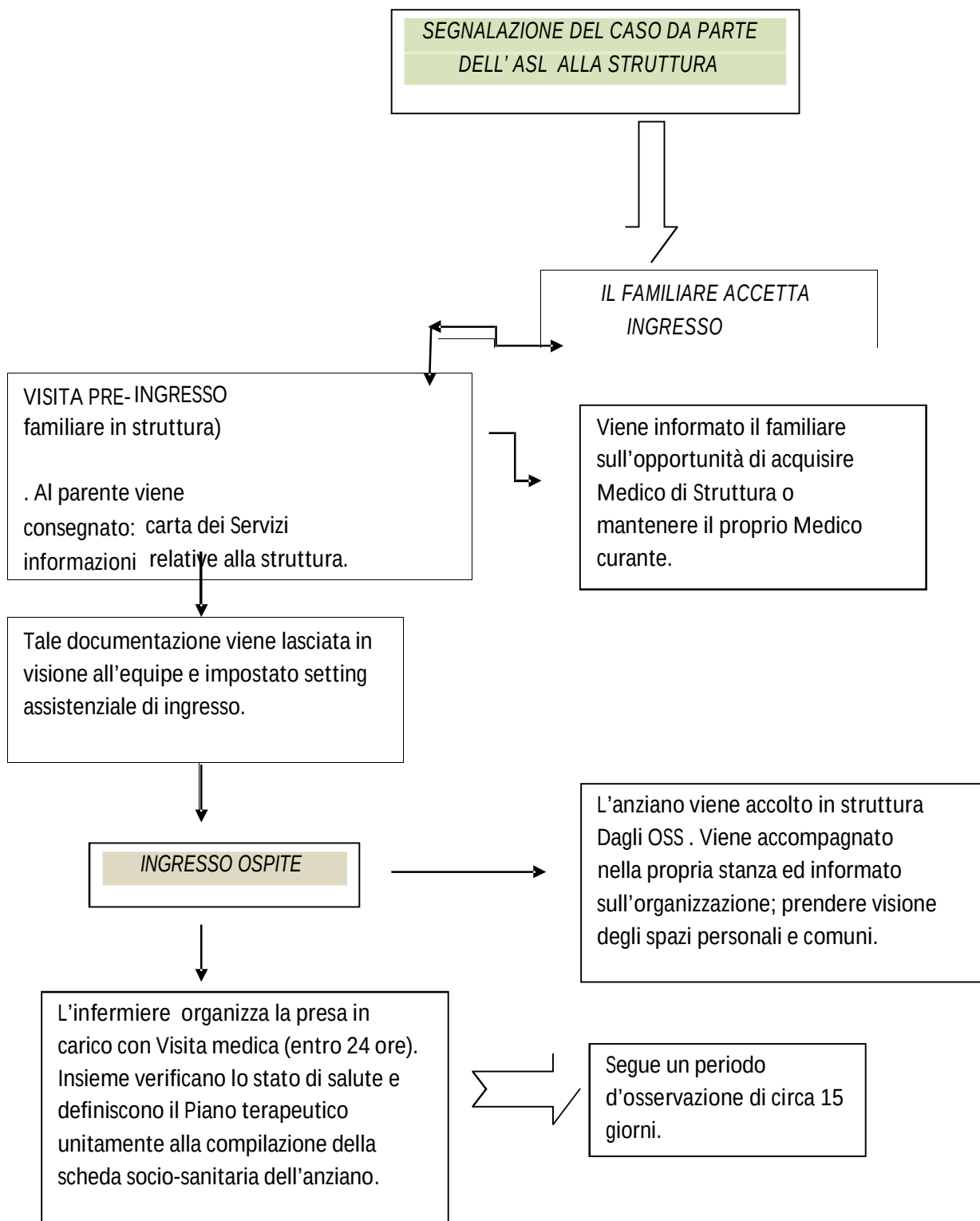
MODALITÀ OPERATIVE:

Vedi gli schemi successivi



PERCORSO OPERATIVO – FASI PRE/INGRESSO ED

INGRESSO OSPITE CONVENZIONATO





**PROCEDURA ACCESSO –
ACCOGLIENZA – PRESA IN
CARICO – (PAI)–
Dimissioni - RAPPORTI con
Utente e Familiari**

14/02/2022
Pag.5 di 29

*PRESA IN CARICO DELL'OSPITE E
PASSAGGIO IN CURA*

Fisioterapista

PERSONALE O.S.S.

PERSONALE INFERMIERISTICO

Valutazione autonomie,
rischio caduta, richiesta
presidi. Compilazione
schede ADL Barthel

Rilevazione delle problematiche
sanitarie, aspetto collaborativo,
ambientamento. Osservazione bisogni e
compilazione schede (es.: LDD)

Accoglienza ed osservazione per circa 10/15
Giorni. Il terapeuta occ. rileva informazioni
relative alla storia dell'ospite e alle abitudini
di vita. Verifica dell'ambientamento e
scambio con la famiglia in merito
all'adattamento alle nuove abitudini.

**Compilazione PAI – verifica dei
bisogni/valutazione. Definizione
della rivalutazione.**

Medico di Struttura, visita
medica e compilazione
schede (es.:dolore), piano
terapeutico, valutazione
tutela /sicurezza

Confronto con la famiglia per
condivisione PAI e sottoscrizione dello
stesso. Programmazione successiva
verifica.



Ingresso di un nuovo Ospite

- All'accoglienza l'ufficio amministrativo provvederà all'espletamento della parte amministrativa / burocratica e prenderà nota dei dati del familiare del riferimento. Verranno concordate anche le modalità di pagamento della retta e la gestione degli oggetti personali oltre all'eventuale deposito di denaro dell'ospite con relativa ricevuta;
- L'Infermiera e l'equipe riabilitativa partecipano con il Medico di struttura alla visita medica che sarà espletata entro 24 ore dall'ingresso. In questa fase è necessaria l'ispezione completa della cute per esaminare ed accertarsi dello stato e per segnalarlo in cartella (presenza/assenza di: LDD, ematomi, ulcere vascolari, lesioni sospette per scabbia, deformità o anomalie, ecc.);
- L'infermiere è responsabile di tali segnalazioni in cartella con eventuale documentazione fotografica (assenza o presenza). Qualora si evidenziassero anomalie, sarà cura dell'infermiere e/o medico confrontarsi con il familiare per informarlo;
- L'Infermiere insieme al Medico predispongono il Piano Terapeutico e viene compilata la Cartella sanitaria e la modulistica necessaria allegando anche la documentazione sanitaria portata dal familiare

il maggior numero di informazioni relative allo stile di vita e le abitudini che aveva in passato e che possono essere un valido strumento per intervenire nelle fasi della progettazione/attuazione del PAI.



Capitolo II^ " PAI "

PREMESSA:

Con il termine tecnico Progettazione Personalizzata si intende la proposta concreta e attuabile di un piano d'assistenza individuale della persona anziana, attraverso la definizione di obiettivi e di interventi congiunti condivisi con i famigliari al fine di mantenere/recuperare le autonomie residue e la vita di relazione. A volte può non esserci più una progettualità di vita ma l'obiettivo può diventare "accompagnare l'anziano verso una morte dignitosa evitando inutili sofferenze", mettendo in campo, anche in questo caso, risorse e interventi congiunti e condivisi.

Il progetto personalizzato complessivo coinvolge diverse dimensioni di vita della persona anziana, la sua famiglia, il contesto di vita, le risorse, etc. Questo progetto deve essere inevitabilmente dinamico e flessibile e costantemente riformulato per tenere conto dei mutamenti intervenuti nella persona e nel contesto di riferimento.

La costruzione del Progetto Personalizzato prende il nome di **PAI (progetto/piano assistenziale individuale)** esso trae significato dai valori dell'*unicità* della persona e tiene conto delle diverse dimensioni e aspetti di vita e si esprime con una presa in carico dell'anziano condivisa con la famiglia già dal momento della segnalazione di ingresso in struttura.

Obiettivi:

- *Porre l'anziano al centro dell'attenzione nel rispetto della sua dignità*
- *Definire i processi organizzativi partendo dai bisogni/benessere dell'ospite*
- *Coinvolgimento del familiare nell'intero percorso di cura e assistenza*
- *Tenere monitorato lo stato di benessere dell'anziano in relazione ai suoi bisogni e al contesto di vita*



PERSONALE COINVOLTO/COMPETENZE:

- ☐ Coordinatore
- ☐ Medico
- ☐ Infermiere
- ☐ Fisioterapista
- ☐ T.O.
- ☐ OSS

MODALITÀ OPERATIVE:

La progettazione personalizzata si compone di diverse fasi, che spesso si susseguono con andamento circolare più che cronologico. Il PAI andrebbe valutato e riformulato ogni 6 mesi o qualora vi sia un cambiamento sostanziale delle condizioni dell'anziano, tramite l'osservazione mirata (multi/professionale) che si attua già

Il PAI dovrebbe essere finalizzato a:
dall'in
gresso.

- La definizione di ipotesi di intervento attuabili in base al grado di autonomia e di collaborazione dell'anziano;
- ☐ La verifica dello stato di benessere in relazione ai suoi bisogni ed al nuovo contesto di vita;
- ☐ L'individuazione delle risorse;

- I “chi fa che cosa”: individuazione di ruoli e competenze

Assunzione di impegni e l'assunzione di responsabilità
in un'ottica di reciproca condivisione d'intenti anche con i familiari.

Dopo circa 15 giorni di osservazione, l'OSS, l'Infermiera e il Fisioterapista, rivalutano l'anziano

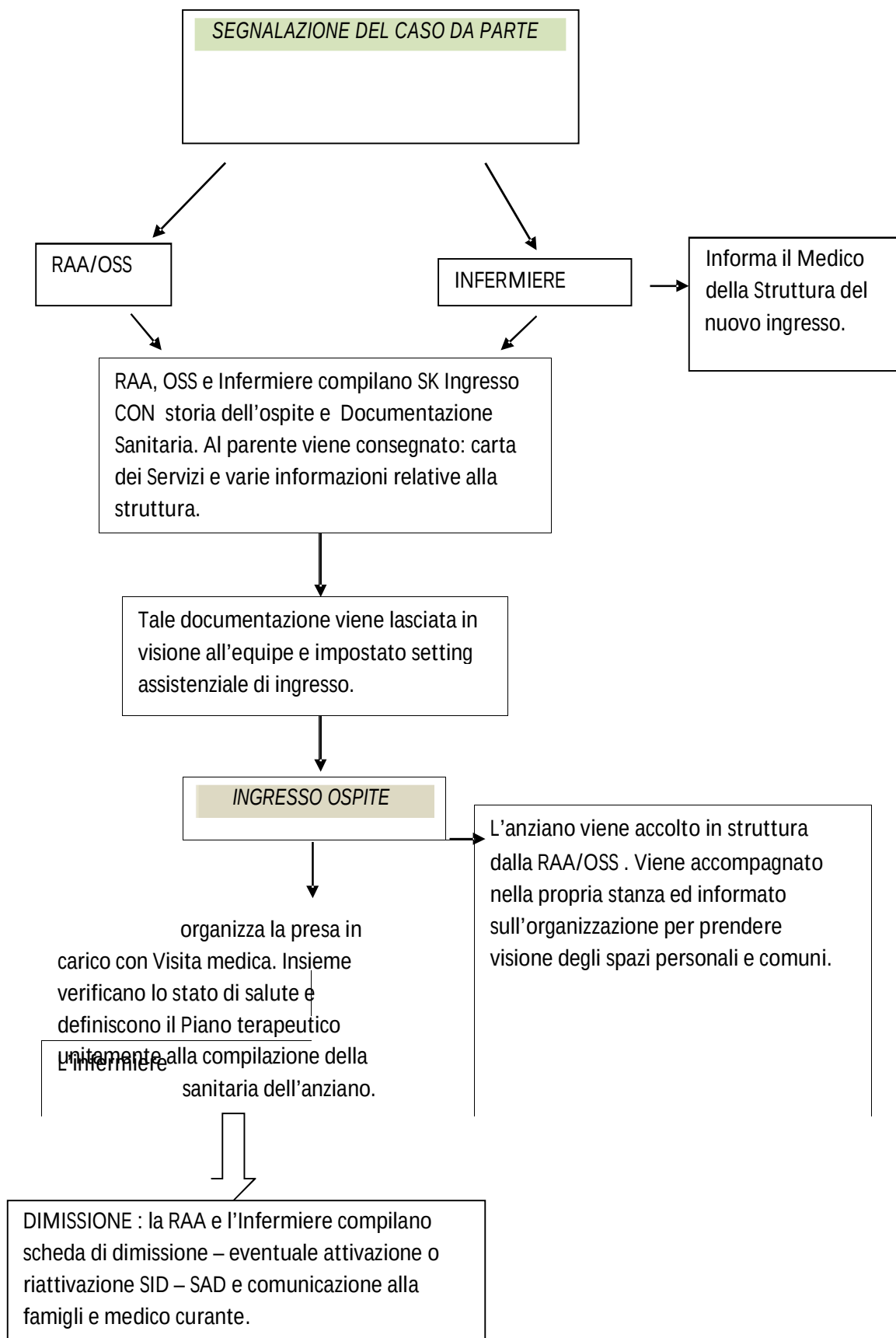
Il PAI viene compilato dall'equipe in modo cartaceo, insieme alla cartella socio-sanitaria, e la copia stampata viene fatta sottoscrivere dall'equipe che ha provveduto alla valutazione, in collaborazione con il Medico della struttura, segnalando i tempi della successiva verifica (dai tre ai 6 mesi).

Nella fase di elaborazione del PAI il familiare ha parte attiva e viene coinvolto nella fase di progettazione/attuazione del progetto.



Capitolo III^ " Ricovero di Sollievo "

PERCORSO OPERATIVO – RICOVERO DI SOLLIEVO





Modalità operative:

Al momento del pre-ingresso l'Infermiere e l'OSS compilano l'apposita scheda (**Allegato n.1/B**) nella quale vengono raccolte le informazioni fornite dai familiari, preferibilmente valutando direttamente l'ospite. Questo incontro può avvenire in struttura oppure recandosi direttamente a casa dell'anziano. E' preferibile raccogliere tutte le informazioni relative all'anziano (sanitarie, biografiche, ecc.) anche contattando gli eventuali servizi che lo stanno seguendo (es.: SID, SAD, SIMAP, ecc).

La corretta compilazione della Scheda consente di attuare una ottimale presa in carico dell'ospite creando già i presupposti per l'auspicabile collaborazione famiglie/servizio.

L'infermiera/i familiari, contattano il medico curante per la compilazione del Piano terapeutico (terapie in atto) ed eventuale relazione sanitaria (Foglio notizie essenziali). Al momento del ricovero l'anziano mantiene il proprio medico di fiducia; se il MMG si impegna a seguire il proprio assistito c/o la struttura, si farà riferimento al medico curante.

Nel caso in cui il medico di fiducia del paziente non è in grado di seguirlo in tale periodo, continuerà ad essere il titolare della scelta del paziente, ma sarà il medico di struttura a farsi carico dell'anziano nel periodo di permanenza all'interno della struttura stessa.

Quest'ultimo è stato precedentemente informato dal SAA dell'ingresso e dell'eventuale presa in carico al bisogno. In caso di intervento, il Medico di struttura notulerà su apposita scheda AUSL la prestazione effettuata (come accordi AUSL).

Durante il ricovero di sollievo non è necessario fare il PAI (piano assistenziale individuale), ma è indispensabile pianificare azioni atte ad un buon ambientamento, presa in carico e socializzazione/animazione dell'ospite, a cura di tutta l'equipe.

Al momento della dimissione, completare l'**Allegato n.1/B** con la valutazione dell'equipe in merito alle autonomie/bisogni. Sarà cura dell'infermiera avvisare gli eventuali servizi, se in precedenza già attivati (SAD –SID), o attivare il SID tramite comunicazione al medico curante.



Il Fisioterapista firma la dimissione compilando l'Allegato n.2.Verrà lasciata una copia nella cartella dell'ospite e una copia ai familiari, che sottoscriveranno, il modulo (**Allegato n.1/B e n.2**) insieme alla fotocopia del piano terapeutico utilizzato in struttura.

Capitolo IV^ " Dimissioni/trasferimento "

I casi di dimissione, per rientro al domicilio, o il trasferimento in altre strutture, sono eventi poco frequenti.

Per il trasferimento in altre strutture è garantita la continuità assistenziale attraverso un'adeguata informazione e presa in carico condivisa fra le due strutture e la famiglia, mentre per il ritorno al domicilio è necessario mettere in atto un progetto personalizzato di rientro, che coinvolgerà:

- ☐ I familiari
- ☐ La rete dei servizi (SAA, SAD, SID, ecc.)
- ☐ Il medico
- ☐ L'equipe della struttura

Nell'eventualità che l'anziano debba essere o trasferito in altra struttura o dimesso per rientro al domicilio, è necessario dare adeguata informazione al Servizio in Accoglienza. Se l'anziano viene trasferito in altra struttura, vi saranno contatti telefonici con RAA o Coordinatore di questa, i familiari verranno informati circa il giorno e le modalità di trasferimento e l'eventuale passaggio di cambio del medico.

L'infermiera e la RAA predisporranno la lettera di dimissione contenente tutte le informazioni relative alle autonomie/bisogni dell'ospite compilando l'allegato 1/A nella parte relativa alla valutazione (compresa la parte del Fisioterapista), verrà inoltre allegato il PAI (che rappresenta il progetto individuale attuato) e fotocopia della terapia in atto e della Scheda di rilevazione del dolore.

L'infermiera ed il medico, faranno una relazione specifica qualora vi siano problematiche particolari sanitarie da allegare alla documentazione precedente.

La RAA comunicherà all'ufficio amministrativo dell'azienda la data precisa del trasferimento o della dimissione ai fini della fatturazione della retta.



Qualora l'anziano vada a domicilio, sarà necessario compilare comunque la documentazione di dimissione come in precedenza descritto. L'infermiera deve descrivere e addestrare il familiare circa le modalità della somministrazione della terapia così come la RAA dovrà addestrare il familiare sulle specificità legate all'igiene e alla cura della persona.

Il Fisioterapista provvederà ad istruire qualcuno della famiglia sui presidi in uso e sul supporto alla mobilizzazione.

Tutte le informazioni in dettaglio sono contenute nel PAI che verrà consegnato in copia alla famiglia unitamente alla Scheda di rilevazione del dolore debitamente compilata.

Dovrà essere data continuità di cura attivando eventuali servizi domiciliari tramite l'intervento dell'assistente sociale del comune di residenza che, confrontandosi con l'equipe ed il medico ed i familiari, potrà a sua volta integrare l'intervento con il Servizio di Assistenza Domiciliare e/o Tutoring o predisporre UVG a domicilio per verificare la tenuta del progetto.

L'infermiera ed il medico, valutando eventuali bisogni sanitario/infermieristici, contatteranno: il medico curante, eventuale attivazione SID, eventuale richiesta di presidi, tramite condivisione della documentazione sanitaria.

La struttura rimarrà comunque a disposizione della famiglia, per eventuali necessità di supporto tra i vari punti della rete dei servizi che verranno attivati, per garantire la continuità assistenziale all'anziano.



Capitolo V^ " Rapporti con utenti e familiari "

Modalità Operative

Modalità di partecipazione della famiglia

La relazione con i familiari è un aspetto fondamentale per la buona riuscita dell'integrazione dell'anziano nella struttura che sottolinea quanto sia importante il dialogo e l'ascolto di tutti gli attori coinvolti che vivono quotidianamente all'interno delle residenze per anziani.

A volte possono nascere conflitti e incomprensioni tra familiari e operatori, causate da un " non capirsi" reciproco.

Occorre sempre ricordare che entrambe le figure: famiglia e residenza, svolgono e perseguono lo stesso obiettivo, cioè la cura del soggetto.

A tal fine è necessario sin dall'ingresso dell'anziano in struttura gettare le basi per una vera collaborazione condivisa dentro le mura delle case di residenza anziani, all'interno delle quali va riconosciuto il lavoro degli operatori ed il lavoro di cura informale svolto dai familiari, ricostruendo con essi la storia e la qualità della relazioni esistente tra loro come punto di partenza del Progetto di assistenza individualizzato.

Per gettare le basi di una proficua collaborazione è importante dare vita a veri e propri progetti di formazione e di intervento che permettono un incontro ed una crescita professionale e personale dei familiari all'interno delle residenze sanitarie assistenziali.

Inoltre la condivisione delle informazioni circa lo stato di salute dell'utente è finalizzata a promuovere una sorta di alleanza terapeutica, all'interno della quale il familiare contribuisce insieme agli operatori alla promozione e al raggiungimento del miglior livello possibile di benessere per l'anziano.

In specifico, i familiari vengono invitati a un incontro finalizzato alla condivisione del Piano assistenziale individualizzato (PAI) del loro anziano. All'incontro partecipano alcuni membri dell'equipe che redige il PAI in collaborazione con il Medico della Struttura; il familiare viene informato e coinvolto sugli obiettivi previsti dal piano, nonché sulle decisioni assistenziali e sanitarie adottate per il raggiungimento di tali obiettivi.

Tale condivisione avviene con cadenza semestrale e ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità. I membri dell'equipe e in generale le figure professionali operanti nei nuclei/reparti sono comunque sempre a disposizione dei familiari per fornire informazioni e/o chiarimenti.



Sono previsti incontri periodici con i familiari degli anziani ricoverati nelle Case Residenza e Centri Diurni riguardanti la conoscenza del funzionamento dei servizi e l'approfondimento di alcune tematiche tipiche dell'assistenza all'anziano non autosufficiente (Riunione annuale) ed incontri individuali con Coordinatore/RAA in caso di esigenze o chiarimenti particolari, oltre ad incontri con il Medico negli orari stabiliti dallo stesso di presenza in struttura.

Inoltre, ogni due anni viene consegnato a tutti i familiari un questionario di soddisfazione ospiti, al fine della realizzazione di indagini sulla qualità dei servizi resi verso l'utenza nelle Case Residenza Anziani e nei Centri Diurni e per dare la possibilità ai parenti degli anziani residenti nelle strutture gestite, di comunicare (sempre nel rispetto della privacy) suggerimenti e reclami. I risultati dell'elaborazione di questi sondaggi saranno poi elaborati dalla direzione per dedurne riflessioni e studi di fattibilità per cambiamenti e miglioramenti nei servizi resi. I reclami ed i suggerimenti sono comunque possibili sempre, in quanto ogni struttura è dotata di idonea modulistica e raccoglitori, al fine di permettere ai familiari di indicare eventuali problemi.

VERIFICHE – INDICATORI:

- ☐ **numero PAI compilati e numero PAI aggiornati**
- ☐ **numero prese in carico**
- ☐ **numero di reclami**
- ☐ **numero di trasferimenti ad altre strutture**



Allegato n.1/A e 1/B

INDICI DI AUTONOMIA E NECESSITA' ASSISTENZIALI

Sig./ra _____ **RICOVERO**
il _____

Visita preingresso il: _____ Dati riferiti da: o utente o familiare _____ compilata da Coordinatore _____ Infermiere _____ ○ Informazioni sanitarie riferite da DR _____ Familiare presente _____	Valutazione il: _____ Valutato da: RAA _____ Infermiere _____ Fisioterapista _____ Animatore _____ Familiare di riferimento informato _____
Valutato a: DOMICILIO OSPEDALE	AMBIENTAMENTO /ADATTAMENTO ALLA STRUTTURA: - _____ _____



**PROCEDURA ACCESSO -
ACCOGLIENZA - PRESA IN
CARICO - (PAI-
Dimissioni - RAPPORTI con
Utente e Familiari**

14/02/2022
Pag.17 di 29

eretta per pochi minuti e/o pochi
passi sostenuto

- ☐ uso di sollevatore
- ☐ non cammina
- ☐ utilizza carrozzina
- ☐ rischio di caduta:
 - ☐ SI
 - ☐ NO
 - ☐ occasionale

eretta per pochi minuti e/o pochi
passi sostenuto

- ☐ uso di sollevatore
- ☐ non cammina
- ☐ utilizza carrozzina
- ☐ rischio di caduta:
 - ☐ SI
 - ☐ NO
 - ☐ occasionale

ALIMENTAZIONE

- ☐ si alimenta senza assistenza
- ☐ viene aiutato solo per tagliare la carne e/o versare l'acqua
- ☐ necessita di aiuto
- ☐ imboccato
- ☐ dieta particolare

-
- ☐ uso di protesi dentale SI NO
 - ☐ problemi di masticazione SI NO
 - ☐ disfagia NO SI:
 - ☐ ai liquidi
 - ☐ ai solidi
 - ☐ PEG SNG
 - ☐ a rischio malnutrizione SI NO
 - ☐ a rischio di disidratazione

SI NO

Peso presunto all'ingresso: _____

NOTE:

ALIMENTAZIONE

- ☐ si alimenta senza assistenza
- ☐ viene aiutato solo per tagliare la carne e/o versare l'acqua
- ☐ necessita di aiuto
- ☐ imboccato
- ☐ dieta particolare

-
- ☐ uso di protesi dentale SI NO
 - ☐ problemi di masticazione SI NO
 - ☐ disfagia NO SI:
 - ☐ ai liquidi
 - ☐ ai solidi
 - ☐ PEG SNG
 - ☐ a rischio malnutrizione SI NO
 - ☐ a rischio di disidratazione

SI NO

Peso KG: _____

NOTE:



VESTIZIONE	VESTIZIONE ☐ si veste e si spoglia completamente senza assistenza ☐ necessita di sorveglianza e/o minimo aiuto ☐ necessita di aiuto ☐ dipendente completamente ☐ riconosce i capi d'abbigliamento/sceglie gli indumenti: ☐ SI ☐ NO ☐ in parte NOTE: _____
☐ si veste e si spoglia completamente senza assistenza ☐ necessita di sorveglianza e/o minimo aiuto ☐ necessita di aiuto ☐ dipendente completamente ☐ riconosce i capi d'abbigliamento/sceglie gli indumenti: ☐ SI ☐ NO ☐ in parte NOTE: _____	
IGIENE ☐ è in grado di lavarsi da solo autonomamente	IGIENE ☐ è in grado di lavarsi da solo autonomamente



USO DEI SERVIZI IGIENICI

- ☐ si reca ai servizi, si pulisce e si risistema senza assistenza
- ☐ necessita di aiuto per recarsi in bagno e/o pulirsi/sistemarsi
- ☐ non si reca ai servizi igienici

NOTE: _____

USO DEI SERVIZI IGIENICI

- ☐ si reca ai servizi, si pulisce e si risistema senza assistenza
- ☐ necessita di aiuto per recarsi in bagno e/o pulirsi/sistemarsi
- ☐ non si reca ai servizi igienici

NOTE: _____

RESPIRO

- ☐ regolare
- ☐ dispnoico
- ☐ postura semiseduta SI NO
- ☐ ossigenoterapia SI NO

Lt./minuto _____

ore _____

Note: _____

- ☐ concentratore SI NO
- ☐ attivato Service SI NO

dal _____

NOTE: _____

RESPIRO

- ☐ regolare
- ☐ dispnoico
- ☐ postura semiseduta SI NO
- ☐ ossigenoterapia SI NO

Lt./minuto _____

ore _____

Note: _____

- ☐ concentratore SI NO

- ☐ attivato Service SI NO
dal _____

NOTE: _____

DOLORE

Presenza dolore:

- ☐ tipo
- ☐ intensità
- ☐ sede
- ☐ frequenza
- ☐ trattamento

DOLORE

Presenza dolore:

- ☐ tipo
- ☐ intensità
- ☐ sede
- ☐ frequenza
- ☐ trattamento



Compilata Scheda il _____ N _____

**ELIMINAZIONE
URINARIA/INTESTINALE**

- ☐ continenza
- ☐ incontinenza urinaria occasionale
- ☐ incontinenza urinaria
- ☐ incontinenza fecale

Utilizzo di:

- ☐ pannolone
- ☐ urocontrol
- ☐ catetere vescicale

tipo _____

Ultimo cambio _____

Alvo:

- ☐ uso di lassativi tipo

- ☐ clisteri frequenza

- ☐ stomia
- ☐ Frequenza evacuazione

- ☐ Data ultima evacuazione

- ☐ Pannoloni tipo

NOTE: _____

**ELIMINAZIONE
URINARIA/INTESTINALE**

- ☐ continenza
- ☐ incontinenza urinaria occasionale
- ☐ incontinenza urinaria
- ☐ incontinenza fecale

Utilizzo di:

- ☐ pannolone
- ☐ urocontrol
- ☐ catetere vescicale

tipo _____

Ultimo cambio _____

Alvo:

- ☐ uso di lassativi tipo

- ☐ clisteri frequenza

- ☐ stomia
- ☐ Frequenza evacuazione

- ☐ Data ultima evacuazione

- ☐ Pannoloni tipo

NOTE: _____



FARMACI ☐ prende i farmaci autonomamente in dosi e tempi giusti ☐ prende i farmaci previamente preparati in dosi separate ☐ non in grado di assumere le terapie autonomamente NOTE: _____ _____	FARMACI ☐ prende i farmaci autonomamente in dosi e tempi giusti ☐ prende i farmaci previamente preparati in dosi separate ☐ non in grado di assumere le terapie autonomamente NOTE: _____ _____
BAGNO ☐ aiuto minimo/sorveglianza ☐ necessita di assistenza per entrare e uscire e aiuto parziale ☐ necessita di assistenza per lavarsi più di una parte del corpo ma collabora ☐ completamente dipendente NOTE: _____	BAGNO ☐ aiuto minimo/sorveglianza ☐ necessita di assistenza per entrare e uscire e aiuto parziale ☐ necessita di assistenza per lavarsi più di una parte del corpo ma collabora ☐ completamente dipendente NOTE: _____
SONNO ☐ regolare ☐ insonnia ☐ indotto da farmaci SI NO ☐ agitazione notturna ☐ riposo pomeridiano SI NO NOTE: _____	SONNO ☐ regolare ☐ insonnia ☐ indotto da farmaci SI NO ☐ agitazione notturna ☐ riposo pomeridiano SI NO NOTE: _____



ORIENTAMENTO ☐ completo ☐ orientamento in ambienti limitati, riconosce le persone ☐ confuso, non sempre riconosce l'ambiente e/o le persone di riferimento ☐ non si muove autonomamente ☐ completamente disorientato ☐ wandering (rischio di fuga) NOTE: _____	ORIENTAMENTO ☐ completo ☐ orientamento in ambienti limitati, riconosce le persone ☐ confuso, non sempre riconosce l'ambiente e/o le persone di riferimento ☐ non si muove autonomamente ☐ completamente disorientato ☐ wandering (rischio di fuga) NOTE: _____
ATTEGGIAMENTO/UMORE in ☐ umore buono/sta volentieri compagnia ☐ depressione/apatia ☐ agitazione ☐ affaccendamento ☐ comportamento disturbante/aggressivo ☐ oppositivo ☐ stato soporoso NOTE: _____	ATTEGGIAMENTO/UMORE in ☐ umore buono/sta volentieri compagnia ☐ depressione/apatia ☐ agitazione ☐ affaccendamento ☐ comportamento disturbante/aggressivo ☐ oppositivo ☐ stato soporoso NOTE: _____
COMUNICAZIONE (1) ☐ normale, lucido e collaborante ☐ comprende e discute argomenti semplici, sa esprimere a volte disagio/dolore ☐ non sempre comprende ordini semplici e non sempre sa	COMUNICAZIONE (1) ☐ normale, lucido e collaborante ☐ comprende e discute argomenti semplici, sa esprimere a volte disagio/dolore ☐ non sempre comprende ordini semplici e non sempre sa esprimere i



**PROCEDURA ACCESSO –
ACCOGLIENZA – PRESA IN
CARICO – (PAI
Dimissioni - RAPPORTI con
Utente e Familiari**

14/02/2022
Pag. 23 di 29

☐ non comprende

NOTE: _____

COMUNICAZIONE (2)

☐ Verbale:

☐ Normale

☐ Disartria

☐ Afasia

☐ Gestuale:

☐ buona

☐ non sempre finalizzata

☐ incomprensibile

☐ Udito:

☐ normale

☐ sordità lieve

☐ sordità grave

☐ protesi

☐ Vista:

☐ Normale

☐ deficit lieve

☐ deficit grave

☐ occhiali

NOTE: _____

☐ non comprende

NOTE: _____

COMUNICAZIONE (2)

☐ Verbale:

☐ Normale

☐ Disartria

☐ Afasia

☐ Gestuale:

☐ buona

☐ non sempre finalizzata

☐ incomprensibile

☐ Udito:

☐ normale

☐ sordità lieve

☐ sordità grave

☐ protesi

☐ Vista:

☐ Normale

☐ deficit lieve

☐ deficit grave

☐ occhiali

NOTE: _____



BISOGNO DI SICUREZZA / TUTELA

BISOGNO DI SICUREZZA /TUTELA

RICONOSCIMENTO DEI PERICOLI

- ☐ riconosce i pericoli ed è in grado di evitarli
- ☐ non sempre riconosce i pericoli
- ☐ non riconosce i pericoli

RICONOSCIMENTO DEI PERICOLI

- ☐ riconosce i pericoli ed è in grado di evitarli
- ☐ non sempre riconosce i pericoli
- ☐ non riconosce i pericoli



COLLABORAZIONE ☐ collaborante, partecipa attivamente ☐ partecipa se stimolato e aiutato ☐ non collabora NOTE: _____	COLLABORAZIONE ☐ collaborante, partecipa attivamente ☐ partecipa se stimolato e aiutato ☐ non collabora NOTE: _____
OCCUPAZIONE/ANIMAZIONE ☐ partecipa attivamente ☐ non partecipa, ma vi assiste volentieri ☐ non ha interesse per nessuna attività ☐ necessita di un ambiente tranquillo, silenzioso, con pochi stimoli NOTE: _____ _____	OCCUPAZIONE/ANIMAZIONE ☐ partecipa attivamente ☐ non partecipa, ma vi assiste volentieri ☐ non ha interesse per nessuna attività ☐ necessita di un ambiente tranquillo, silenzioso, con pochi stimoli NOTE: _____ _____
ULTERIORI NOTIZIE RILEVANTI _____ _____ _____	ULTERIORI NOTIZIE RILEVANTI _____ _____ _____
RELIGIONE NOTE: _____	RELIGIONE NOTE: _____



**PROCEDURA ACCESSO -
ACCOGLIENZA - PRESA IN
CARICO - (PAI)-
Dimissioni - RAPPORTI con
Utente e Familiari**

14/02/2022
Pag. 26 di 29

RETE FAMILIARE:

Cognome	Nome	Data di nascita	Indirizzo	Grado di parentela	Tel.

Disponibilità dei famigliari a:

- | | | | |
|---|-------|----|-------|
| ☐ Lavaggio indumenti | NO | SI | _____ |
| ☐ Accompagnamento visite spec. | NO | SI | _____ |
| ☐ Assistenza ai pasti | NO | SI | _____ |
| ☐ Altro: | _____ | | |

Informazioni sul residente:

FAMIGLIA: Come è composto il suo nucleo familiare? Con quale dei suoi famigliari ha maggiori contatti? Ha sempre vissuto nella casa dove vive o durante la sua vita si è dovuto trasferire?

ATTIVITA' LAVORATIVA: Che scuole ha frequentato? Che tipo di attività lavorativa ha svolto? Le è piaciuto il suo lavoro o avrebbe desiderato fare altre cose?



INTERESSI – TEMPO LIBERO: Ha qualche interesse particolare es.
giardinaggio, giocare a carte, ricamo ... che le piaceva coltivare? Riesce a
farlo anche oggi? Mi può descrivere la sua giornata?

MUSICA: _____

STILI DI VITA – DIPENDENZE: _____

ANIMALI: _____

RAPPORTO CON LA MALATTIA: _____



**PROCEDURA ACCESSO -
ACCOGLIENZA - PRESA IN
CARICO - (PAI)-
Dimissioni - RAPPORTI con
Utente e Familiari**

14/02/2022

Pag.28 di 29

VACCINAZIONE:

Io sottoscritto _____ Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

C.F. _____ Familiare del Sig.\Sig.ra _____

Dichiaro il dissenso alla somministrazione del vaccino antinfluenzale al nostro suddetto familiare assumendomi la piena responsabilità di tale scelta.

In fede,

Firma _____

Luogo: _____

Data: _____

Entra il: _____

PAI N. _____

Firma:

☐ OSS _____

☐ Inf. _____

☐ Fam. _____

Firma:

☐

☐ Inf. _____

☐ Fisioterapista _____

☐ Fam. _____



ALLEGATO N.2

PRESIDI IN DOTAZIONE

Data visita d'ingresso: _____

TIPOLOGIA	AUSL	PERSONALE	struttura
CARROZZINA			
DEAMBULATORE			
ROLLER			
PANNOLONI			
TELESOCCORSO			

Note sull'autonomia/rischio caduta da valutare dal Fisioterapista:

Firma: _____

Data verifica: _____

TIPOLOGIA	AUSL	PERSONALE	struttura
CARROZZINA			
DEAMBULATORE			
ROLLER			
PANNOLONI			
TELESOCCORSO			

Firma: _____