

La stesura del Piano di assistenza individualizzato (PAI)

COMPETENZE INTERMEDIE

- ◆ Partecipare e cooperare nei gruppi di lavoro e nelle équipes multiprofessionali in diversi contesti organizzativi/lavorativi.
- ◆ Partecipare alla presa in carico socio-assistenziale di soggetti le cui condizioni determinino uno stato di non autosufficienza parziale o totale, di terminalità, di compromissione delle capacità cognitive e motorie, applicando procedure e tecniche stabilite e facendo uso dei principali ausili e presidi.

CONOSCENZE

- ◆ Processo di invecchiamento e sue conseguenze sull'autonomia e il benessere psico-fisico dell'anziano.
- ◆ Bisogni specifici dell'anziano e della persona con disabilità.
- ◆ Piano assistenziale individualizzato e Unità di valutazione multidimensionale.
- ◆ Fisiopatologia delle affezioni in età geriatrica.
- ◆ Diagnosi funzionale, capacità residue, supporto all'autonomia.

ABILITÀ

- ◆ Rilevare elementi dello stato di salute psico-fisica e del grado di autonomia dell'utente.
- ◆ Individuare sezioni e fasi per la stesura di un Piano assistenziale individualizzato e delle valutazioni multidimensionali.
- ◆ Individuare gli interventi ai fini del mantenimento delle capacità residue e a supporto dell'autonomia.
- ◆ Individuare azioni utili all'aderenza al piano terapeutico.

1 Il Piano di assistenza individualizzato (PAI)

Il piano di assistenza individualizzato (PAI) è uno strumento di sintesi in cui vengono inglobati gli aspetti clinico-sanitari, la valutazione dei bisogni assistenziali e di riattivazione dei bisogni personali, di relazione e socializzazione della persona anziana. Riassume in un'ottica multidisciplinare le informazioni relative alla persona portatrice di bisogni e formula un progetto di cura e assistenza che contribuisca a migliorare lo stato di salute della persona stessa.

L'équipe di lavoro, che si occupa della sua stesura, individua e gestisce quegli aspetti – sanitari, assistenziali e sociali – su cui è necessario lavorare, prende in considerazione e riconosce l'importanza che hanno per la persona anziana e per i suoi familiari. Attraverso il PAI, **personalizza il percorso di cura** riconoscendo e valorizzando la specificità e l'unicità di ogni persona anziana. Prende in esame le motivazioni dell'ingresso e fissa gli obiettivi e gli interventi in linea con i dati di cui viene a conoscenza. La persona anziana viene **coinvolta attivamente nella formulazione del progetto**, diversamente viene coinvolta la famiglia, informandola degli obiettivi e delle attività pianificate e incoraggiandola a esprimere suggerimenti e punti di vista. Le decisioni



vengono sottoscritte da tutti i componenti e condivise con le figure operanti a contatto con la persona anziana: medici, infermieri, OSS, fisioterapisti, assistenti sociali, educatori, psicologi, logopedisti.

Il PAI può essere consultato da qualunque operatore abbia in carico la persona, sottoposto ad accertamenti e verifiche a intervalli regolari e modificato nel tempo in base ai bisogni emergenti. Si struttura in **cinque fasi**:

1. **raccolta dei dati:** prima dell'ingresso all'interno del servizio, o immediatamente dopo, vengono raccolti i dati e le informazioni di natura sanitaria, assistenziale e psico-sociale, con particolare attenzione alla storia biografica e alle aspettative rispetto al ricovero;
2. **identificazione del problema:** vengono individuate le difficoltà e le limitazioni, la loro natura, entità e il livello di gravità, anche per comprenderne le diverse priorità; con il supporto dei professionisti vengono proposti colloqui e visite mediche ed esplorate le problematiche sul piano psicologico, relazionale e funzionale unitamente alle capacità della persona anziana; segue la stesura definitiva della sezione relativa alle risorse e ai problemi della persona anziana all'interno del progetto;
3. **formulazione degli obiettivi:** vengono fissati i risultati attesi, assegnando valore e significato alle varie fasi del processo; l'obiettivo prioritario è il miglior benessere possibile della persona anziana con patologia;
4. **pianificazione e attuazione degli interventi:** le attività e le proposte da attivare si pongono in linea con le risorse personali, adattandosi flessibilmente alle nuove esigenze;
5. **valutazione finale:** si prende atto dei risultati e degli obiettivi raggiunti e del grado di soddisfazione della persona anziana durante il percorso. Il PAI viene esaminato ogni 6 mesi e aggiornato per fronteggiare eventuali situazioni critiche.

2

L'Unità di valutazione geriatrica (UVG)

È una commissione multidisciplinare che prende in esame il caso specifico e i bisogni emergenti, e rilascia una dichiarazione in cui viene attestato e riconosciuto il grado di non autosufficienza della persona anziana.

Gestisce, quindi, la presa in carico della persona anziana e la richiesta esplicitata dalla famiglia e/o dal caregiver, e si occupa della stesura del Piano di assistenza individuale, in cui vengono messe in luce le tipologie di intervento adatte a soddisfare ogni singolo bisogno. Individua altresì i servizi ritenuti adatti a garantirne l'attuazione. È costituita da operatori sanitari e socio-assistenziali: medico di medicina generale (MMG), **geriatra**, infermiere professionale, assistente sociale.

Geriatra

Professionista che studia i mezzi terapeutici, dietetici e igienici atti a ritardare il processo d'invecchiamento fisiologico o a prevenire e curare i processi patologici propri dell'età senile.

LA STESURA DEL PAI

Informazioni da raccogliere

Biografia del paziente Nome e cognome		Stato civile	N. figli
Provenienza delle Informazioni Nome e cognome		Grado di parentela	
Indirizzi Luoghi abitati dalla persona			
Grado di istruzione e professioni svolte			
Lingue parlate e dialetti			
Rapporto con la spiritualità			
Eventi principali che hanno caratterizzato la sua vita			
Notizie sugli interessi del passato <i>Prima dell'esordio della malattia</i>			
Notizie sugli interessi attuali <i>Dopo l'esordio della malattia</i>			
Gradimento attività aria aperta e rapporto con gli animali			
Oggetti particolari che ha con sé o dei quali predilige l'utilizzo			
Odori, sapori, rumori, colori, musica, letture			
Relazione con la corporeità			
Figure familiari importanti, con le quali entra più facilmente in relazione			
Abitudini <i>Riposo pomeridiano, riti prima di addormentarsi, riti al risveglio, riti durante il gioco ecc.</i>			
Motivi che hanno condotto alla decisione dell'accesso al servizio			
Problemi comportamentali <i>Descrizione del loro manifestarsi</i> <i>Descrizione del modo di affrontarli da parte della famiglia</i>			
Ricoveri precedenti ed eventuali relazioni			
Abitudini alimentari			
Altre osservazioni			
Firma dell'operatore che ha compilato la scheda			
Firme dei familiari			
Data			

Cognome e nome Data di nascita

Data ingresso Profilo certificato: autosufficiente non autosufficiente

Equipe del

Convocata per: inserimento eventi particolari verifica dimissione

Strumenti di valutazione utilizzati ed esito

MMSE GDS TINETTI NPI NORTON Altro

Problematiche/bisogni emersi (descrizione)

Rilevazioni e intervalli	
MEDICO	<ul style="list-style-type: none"> Osservazioni specifiche, proposte, perplessità, aggiornamenti sulla condizione Attività e prestazioni: descrizioni delle attività che verranno eseguite dal professionista (cosa, come, quando) indicando anche il tempo necessario per la realizzazione
COORDINATORE INFERMIERISTICO	<ul style="list-style-type: none"> Osservazioni specifiche, proposte, perplessità, aggiornamenti sulla condizione Attività e prestazioni: descrizioni delle attività che verranno eseguite dal professionista (cosa, come, quando) indicando anche il tempo necessario per la realizzazione
OPERATORE ASSISTENZIALE	<ul style="list-style-type: none"> Osservazioni specifiche, proposte, perplessità, aggiornamenti sulla condizione Attività e prestazioni: descrizioni delle attività che verranno eseguite dal professionista (cosa, come, quando) indicando anche il tempo necessario per la realizzazione
FISIOTERAPISTA	<ul style="list-style-type: none"> Osservazioni specifiche, proposte, perplessità, aggiornamenti sulla condizione Attività e prestazioni: descrizioni delle attività che verranno eseguite dal professionista (cosa, come, quando) indicando anche il tempo necessario per la realizzazione
PSICOLOGO	<ul style="list-style-type: none"> Osservazioni specifiche, proposte, perplessità, aggiornamenti sulla condizione Attività e prestazioni: descrizioni delle attività che verranno eseguite dal professionista (cosa, come, quando) indicando anche il tempo necessario per la realizzazione
ASSISTENTE SOCIALE	<ul style="list-style-type: none"> Osservazioni specifiche, proposte, perplessità, aggiornamenti sulla condizione Attività e prestazioni: descrizioni delle attività che verranno eseguite dal professionista (cosa, come, quando) indicando anche il tempo necessario per la realizzazione
OSPITE	<ul style="list-style-type: none"> Osservazioni specifiche, proposte, perplessità, aggiornamenti sulla condizione
FAMILIARE DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> Osservazioni specifiche, proposte, perplessità, aggiornamenti sulla condizione
TOTALE MINUTAGGIO ASSISTENZIALE	

Firme dei partecipanti alla definizione del PAI

Medico

Coordinatore infermieristico

Operatore assistenziale

Fisioterapista

Psicologo

Assistente sociale

Ospite

Familiare

Piano assistenziale individuale/2

Sig./Sig.ra

Prima compilazione il giorno

AREA SANITARIA

Data	Problemi	Obiettivi	Interventi	Tempi/operatore	Verifiche

AREA ASSISTENZIALE

Data	Problemi	Obiettivi	Interventi	Tempi/operatore	Verifiche

AREA RELAZIONALE

Data	Problemi	Obiettivi	Interventi	Tempi/operatore	Verifiche

AREA RIABILITATIVA

Data	Problemi	Obiettivi	Interventi	Tempi/operatore	Verifiche

Sintesi degli interventi

Obiettivo prioritario

Data della compilazione

Operatori (firma leggibile)

MMG

CPS INF

Operatore assistenziale

Assistente sociale

Fisioterapista

Animatore/terapista occupazionale

Educatore

Referente del progetto

Familiare

Piano assistenziale individuale/3

Cognome e nome	
PAI elaborato da	<i>Nominativo dei professionisti coinvolti</i>
Data	
Problema/bisogno	<i>Indicare le problematiche e/o le necessità espresse dall'assistito</i>
Obiettivo	<i>Specificare cosa si vuole raggiungere /realizzare con questo progetto</i>
Strategie di intervento/azioni	<i>Indicare tutte le informazioni/ conoscenze necessarie utili alla realizzazione/raggiungimento dell'obiettivo</i>
Chi fa cosa, come, quando	<i>Specificare chi esegue l'attività, le modalità per effettuarla e in che momento/turno lavorativo eseguirla</i>
Tempo	<i>Calcolare il minutaggio assistenziale necessario per realizzare il progetto</i>
Verifica e indicatori in itinere	<i>Definire le date di verifica e quali indicatori utilizzare per documentare i risultati</i>
Valutazione	<i>Documentazione finale</i>

Coinvolgimento del familiare nel PAI

Nome assistito	
Nome familiare	
Data	
Problema/bisogno	<i>Indicare i suggerimenti e/o come il familiare partecipa alla rilevazione del problema emerso</i>
Obiettivi	<i>Indicare i suggerimenti e/o come il familiare partecipa all'individuazione degli obiettivi e alla loro priorità</i>
Intervento	<i>Definizione e descrizione dell'attività eseguita dal o con il familiare</i>
Verifica svolta e documentata assieme al familiare	

LA STESURA DEL PAI



