

LINEE-GUIDA PER LA COSTRUZIONE DEI PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE (RESIDENZIALE, SEMIRESIDENZIALE E DOMICILIARE)

IL PROGETTO PERSONALIZZATO

L'Unità di Valutazione Geriatria (U.V.G.) esegue la valutazione globale, definisce la condizione clinico assistenziale ed individua i bisogni sanitari assistenziali delle persone anziane identificando le risposte più idonee al loro soddisfacimento e privilegiando, ove è possibile, il loro mantenimento a domicilio attraverso un Progetto assistenziale (Progetto).

Tale Progetto deve tener conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e dei familiari, delle abilità perse e di quelle residue, delle funzioni recuperabili, oltre che dei fattori personali, ambientali, familiari. Il Progetto è: per il soggetto da valutare il diritto di avere trattamenti personalizzati basati sulla centralità della persona, per i servizi eroganti il dovere di superare le prestazioni uguali per tutti e l'avvio di un lavoro di équipe interdisciplinare in luogo di interventi frazionati e disaggregati.

Pertanto esso deve contenere gli obiettivi e i risultati che si intendono raggiungere, la tipologia, la modalità, la sede e il livello di intensità degli interventi.

L'U.V.G. è responsabile dei contenuti del Progetto ed indica, di norma, un referente del caso.

Il referente del caso

Il referente del caso è una figura professionale sociale o sanitaria, che funge da punto di riferimento per l'anziano non autosufficiente e la sua famiglia, dalla valutazione alla presa in carico, agevolando, monitorando e coordinando il percorso assistenziale, assicurandone così la continuità, al fine di garantire la risposta sociosanitaria adeguata nell'ambito dei servizi della rete, coerente con il progetto definito dall'U.V.G..

IL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (P.A.I.)

Il Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) è la trasposizione operativa del Progetto e viene elaborato dall'équipe che prende in carico la persona. Esso, a partire dal progetto redatto dall'U.V.G. e dopo l'osservazione e l'acquisizione di ogni altra informazione utile, definisce:

- le azioni specifiche, la tipologia delle prestazioni e le figure professionali interessate,
- la frequenza e la durata di ogni intervento necessario al raggiungimento degli obiettivi,
- gli strumenti individuati per la definizione e la gestione del P.A.I.,
- la valutazione periodica dei risultati, con indicatori e tempi,
- la congruità tra bisogni e P.A.I. e tra nuove esigenze e modifiche del P.A.I..

Il referente del Piano Assistenziale Individuale

Figura essenziale nella gestione del P.A.I. è il referente del Piano Assistenziale Individuale, che segue la persona dalla presa in carico per tutto il percorso assistenziale. Il referente del P.A.I. è un operatore del settore sociale o sanitario, a seconda del bisogno prevalente, individuato all'interno dell'équipe del setting di cura, che si fa garante nel tempo dell'intero processo assistenziale, svolgendo parte degli interventi e interfacciandosi con i diversi operatori e la famiglia, per assicurare continuità assistenziale e tutela dell'anziano non autosufficiente.

L'equipe interdisciplinare

La predisposizione, la verifica e l'aggiornamento del P.A.I. avviene nell'ambito di una équipe interdisciplinare, composta da figure professionali sanitarie e socio-assistenziali individuate secondo il setting di cura (residenziale o semiresidenziale o domiciliare). Dell'équipe fa parte di diritto il medico di medicina generale dell'assistito. È opportuno il coinvolgimento anche di un familiare o di chi si prende cura della persona sia per una miglior conoscenza del soggetto sia per confrontare le loro aspettative con le risposte che il Servizio è in grado di offrire.

Per quanto riguarda il P.A.I. in struttura residenziale “compete al responsabile di struttura il coordinamento dell'attività di elaborazione, gestione e di monitoraggio nonché il collegamento con l'U.V.G. per garantire la costante coerenza tra il progetto individuale ed il relativo P.A.I. esecutivo” (DGR 17-15226 del 30 marzo 2005).

La responsabilità dell'esecuzione operativa è in capo al Direttore Sanitario o, ove non previsto, tale responsabilità operativa è attribuita al coordinatore della attività infermieristiche o al coordinatore delle attività di assistenza tutelare.

GLI STRUMENTI

Strumento fondamentale per l'analisi dei bisogni e delle risorse da mettere in campo è la VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE attraverso la quale si identificano i bisogni e gli obiettivi correlati, che devono essere chiari, condivisi, realistici, misurabili.

Su questi obiettivi si ipotizzano le azioni da intraprendere per raggiungerli, gli indicatori da usare per la verifica e i traguardi intermedi di verifica.

COME COSTRUIRE, ATTUARE E VERIFICARE IL P.A.I.

Le fasi della pianificazione del P.A.I. sono:

1. conoscenza della persona attraverso la raccolta dati e l'osservazione,
2. valutazione e identificazione dei bisogni assistenziali,
3. determinazione degli obiettivi,
4. definizione degli interventi,
5. attuazione, esecuzione degli interventi previsti,
6. valutazione dei risultati.

1. Osservazione e raccolta dati

Scopo dell'osservazione è raccogliere dati ed informazioni sulla persona, necessari per meglio identificare i suoi problemi di salute e le loro cause, le sue abitudini, il suo vissuto ed i suoi interessi, nonché gli obiettivi assistenziali per la pianificazione e l'attuazione dell'assistenza.

L'osservazione è altresì utile per conoscere le capacità e le risorse presenti nell'anziano e il suo rapporto con l'ambiente.

Il P.A.I. , a seconda del setting assistenziale, può essere residenziale o semiresidenziale o domiciliare.

➤ P.A.I. residenziale o semiresidenziale

Dal momento dell'ingresso in struttura residenziale o semiresidenziale, oppure dalla visita di pre-accoglienza, tutti gli operatori, che vengono a contatto con il neo-ospite, devono provvedere alla raccolta dati, i quali scaturiscono dai rapporti e dall'osservazione.

Tali dati devono essere trascritti su apposite schede di osservazione con particolare riguardo:

- alla cura della persona,
- alle attività della vita quotidiana,
- alle abitudini alimentari,

- all'umore ed ai comportamenti,
- al rapporto con altri ospiti, familiari, operatori,
- alle aspettative,
- ai timori.

A tali aspetti debbono aggiungersi le osservazioni inerenti lo stato generale di salute, le autonomie residue e le specifiche patologie di cui la persona è affetta.

➤ **P.A.I. domiciliare**

Tutti gli operatori coinvolti devono collaborare alla raccolta dati, che scaturiscono dall'osservazione tenendo conto della gradualità necessaria che il contesto domiciliare richiede, con particolare attenzione all'approfondimento dei seguenti aspetti:

cura della persona,
 attività della vita quotidiana,
 esigenze alimentari,
 umore e comportamenti,
 cura della casa
 grado di autonomia (e/o di supporti già presenti) per le uscite, i controlli/esami medici previsti,
 l'assunzione delle terapie, il disbrigo pratiche etc..etc...
 rapporto con i familiari, il vicinato, gli amici, gli eventuali gruppi di volontariato,
 aspettative,
 diffidenze e timori.

A tali aspetti debbono aggiungersi le osservazioni inerenti lo stato generale di salute, le autonomie residue e le specifiche patologie di cui la persona è affetta.

2. **Valutazione e identificazione dei bisogni assistenziali**

La definizione dei bisogni deve partire dal Progetto stilato dall'U.V.G., dai dati raccolti con l'osservazione e dalla valutazione delle condizioni della persona.

E' necessario, inoltre, che si possa disporre di ulteriori informazioni desumibili dall'applicazione di scale e test validati, scelti in base alle caratteristiche cliniche della persona, (oltre a quelli utilizzati dall'Unità di Valutazione Geriatrica) quali ad esempio:

SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITA' DI BASE DELLA VITA QUOTIDIANA (Barthel Index – BI; Mahoney FI, Barthel DW, 1965) per definire le autonomie rispetto alle attività della vita quotidiana,

SCALA DI GRAVITA' CLINICA DELLE DEMENZE (Clinical Dementia Rating Scale – CDR; Hughes CP, Berg L, Danziger WL, 1981) per la definizione dei disturbi cognitivi,

INVENTARIO NEUROPSICHIATRICO (Neuropsychiatric Inventory – NPI; Cummings IL, Mega M., Gray K, 1994) per la descrizione dei disturbi comportamentali,

SCALA DELLA DEPRESSIONE IN GERIATRIA (Geriatric Depression Scale – GDS; Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, 1983) per la valutazione del tono dell'umore,

MINI VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE (Mini Nutritional Assessment – MNA; Guigoz Y e Al. 1959), per lo stato di nutrizione,

SCALA NUMERICA DI VALUTAZIONE SOGGETTIVA DELL'INTENSITA' DEL DOLORE (Visual Analogic Scale - VAS), per la valutazione del dolore,

SCALA DI TINETTI (Tinetti ME, 1986) per la valutazione dell'equilibrio e dell'andatura,

SCALA DI NORTON, (Norton D. e Al, 1962), per la valutazione del rischio di insorgenza delle lesioni da decubito.

SCALA DI VALUTAZIONE DEL CARICO ASSISTENZIALE (Caregiver Burden Inventory – CBI; Novak M. e Guest C., 1989), per la valutazione del carico assistenziale del caregiver,

L'applicazione di scale è richiesto per meglio descrivere i bisogni del soggetto e le eventuali variazioni, in particolare nel caso in cui sia necessario proporre un P.A.I., che si discosti dal Progetto dell'U.V.G., soprattutto se ciò produce un cambio di intensità assistenziale. Risultano altresì utili per monitorare, misurare e comparare l'andamento del caso ed i risultati.

3. Determinazione degli obiettivi

L'insieme della valutazione generale e di quella mirata agli aspetti più critici dell'anziano permettono di identificare i bisogni, definendo le priorità, al fine di concentrare sforzi e risorse a beneficio della persona.

Il P.A.I. è uno strumento che dall'analisi dei bisogni (punto di partenza) individua un percorso assistenziale e gli obiettivi a cui questo deve giungere (punto di arrivo tendenziale).

E' opportuno, perciò, definire al meglio il concetto di 'obiettivo', il quale è un'ipotesi su quella che sarà la condizione dell'anziano dopo l'intervento assistenziale programmato.

Gli obiettivi possono essere a breve, a medio o a lungo termine:

- a breve termine può essere raggiunto in un periodo relativamente ridotto di tempo (alcuni giorni o 1-2 settimane, specie in ambito sanitario),
 - a medio termine può essere raggiunto in un periodo intermedio (alcune settimane fino a un massimo di tre mesi),
- a lungo termine può richiede più tempo (da tre mesi fino a un massimo di un anno).

L'identificazione degli obiettivi consiste nella formulazione di scopi e finalità misurabili per affrontare i problemi assistenziali.

L'identificazione degli obiettivi ha i seguenti scopi:

- offrire un'assistenza personalizzata,
- promuovere la partecipazione della persona,
- pianificare un'assistenza realistica e misurabile,
- coinvolgere il più possibile le persone che possono esser di sostegno all'anziano.

Le attività eseguite in questa fase del processo di pianificazione del P.A.I. sono:

- definire gli obiettivi assistenziali, direttamente legati ai problemi evidenziati,
- stabilire le priorità.

Poiché gli obiettivi originano dalle condizioni che la persona presenta 'in quel momento', gli stessi devono essere ridefiniti in caso di cambiamenti della situazione o delle condizioni dell'anziano, rivisti comunque periodicamente.

Gli obiettivi sono un punto di arrivo conseguente agli interventi assistenziali e il loro monitoraggio necessita di elementi oggettivabili per misurarne il raggiungimento o lo stato di avanzamento.

Questi elementi sono gli indicatori, i quali garantiscono la misurabilità/confrontabilità tra lo stato precedente e quello seguente l'attuazione del processo assistenziale. Infatti gli indicatori aiutano a definire aspetti oggettivi, che permettono la misurazione di un fenomeno e di un risultato, al fine di evitare valutazioni soggettive.

4. Definizione degli interventi

E' la fase della vera pianificazione dell'assistenza, in cui dall'elenco dei bisogni, in ordine di importanza e priorità, si arriva a progettare gli interventi appropriati.

In questa fase sono compresi:

- gli interventi e le specifiche attività volti a eliminare, ridurre o migliorare i problemi individuati, indicando la modalità, durata e frequenza delle prestazioni, gli operatori impiegabili, la cadenza delle verifiche, tenendo conto delle risorse disponibili,
- le attività che ogni operatore deve attuare per fornire aiuto o semplice sostegno alla persona per il mantenimento/recupero delle sue funzioni fino a sostituirsi ad essa in caso di completa mancanza di autonomia,
- la registrazione scritta dei punti precedenti, che deve contenere i sotto indicati punti previsti per il P.A.I.:
 - i bisogni,
 - le risorse,
 - gli obiettivi,
 - gli interventi,
 - gli operatori interessati,
 - gli indicatori di risultato,
 - i tempi della verifica.

In questa fase, ancor più che nelle altre, è fondamentale il confronto fra tutti gli operatori coinvolti.

L'équipe si riunisce periodicamente e predispone collegialmente i singoli P.A.I., sulla base dei relativi progetti individuali e con riferimento ai problemi ed ai bisogni attuali o emergenti, programmando gli interventi specifici.

5. Attuazione, esecuzione degli interventi previsti

L'attuazione del P.A.I. è la logica continuazione della precedente fase, dove l'esecuzione degli interventi è affidata agli operatori interessati e non più a tutta l'équipe, anche se rimane di capitale importanza l'integrazione degli operatori e delle prestazioni.

Pertanto l'attuazione del P.A.I. prevede:

- il frequente e costante confronto tra gli operatori per comunicare quanto è necessario per mantenere l'integrazione e per verificare che tutto avvenga all'interno del P.A.I. predisposto,
- l'applicazione delle linee guida/protocolli in uso per le principali patologie (incontinenza, prevenzione del decubito, prevenzione delle cadute, confusione, ecc.), che possono interessare la persona,
- il monitoraggio delle condizioni e dei bisogni rilevati e l'identificazione di nuovi bisogni.
- il coinvolgimento della persona, dei familiari, del volontariato nell'attuazione del P.A.I..

6. Valutazione dei risultati

La valutazione dei risultati è indispensabile in una pianificazione degli interventi.

Occorre verificare:

- nel caso in cui i problemi persistano:
 - se gli obiettivi erano corretti e realistici,
 - se gli interventi erano appropriati,
 - se può essere utile porsi obiettivi meno ambiziosi e/o con una diversa impostazione degli interventi,
 - se gli obiettivi (e gli interventi), benché adeguati, richiedano un tempo maggiore per il loro raggiungimento, ridefinendo una nuova verifica e valutazione;
- nel caso in cui i problemi non solo persistano, ma risultino aggravati, deve essere richiesta all'U.V.G. l'elaborazione di un nuovo Progetto, sulla base dell'aggiornamento del P.A.I. redatto dall'équipe;
- nel caso in cui i problemi risultino superati, devono essere individuati ulteriori obiettivi, ridefinendo un nuovo P.A.I. o ritenendo concluso il Progetto.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

- Importanti sono la definizione chiara degli obiettivi, delle scadenze e degli indicatori, che forniscono indicazioni utili per le valutazioni intermedie e finali.
- Molti passaggi e procedure qui illustrati sono già routinariamente messi in atto, ma vengono richiamati in quanto la multidisciplinarietà, nella fase di stesura, e l'esecuzione integrata, delle prestazioni previste dal P.A.I., costituiscono l'aspetto innovativo e il valore aggiunto della pratica quotidiana.
- La progettazione in comune e la definizione scritta del P.A.I. sono infatti elementi rilevanti in quanto:
 - determinano un percorso logico,
 - aiutano a monitorare le sequenze delle procedure e a tenere presenti gli obiettivi da raggiungere,
 - favoriscono il lavoro di equipe e la sua crescita, mediante una continua valutazione dell'efficacia e dell'adeguatezza del proprio operato,
 - promuovono l'analisi e la discussione dei progetti, la cui conservazione è ulteriormente facilitata dal fatto di essere scritti e dall'esistenza di un sistema informativo.
- Il P.A.I. è una cornice entro la quale si attuano processi previsti da procedure e protocolli stilati dalle Società Scientifiche. Tali protocolli, desunti quindi dalla letteratura e condivisi dagli operatori, non fanno parte strettamente del P.A.I., ma devono essere utilizzati anche al di fuori dell'assistenza per progetti.
- La redazione del P.A.I. può essere occasione di accrescimento culturale e formativo delle diverse figure professionali coinvolte.

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE DOMICILIARE

Ente Gestore _____

ASL _____

Specificare nel caso in cui ci sia altro fornitore

Referente del caso _____

Progetto di Cure Domiciliari Lungo-Assistenza formulato dall'UVG in data _____

QUADRO socio-sanitario

del Sig./Sig.ra _____

che proviene da:

- domicilio
- semiresidenzialità
- residenzialità
- casa di cura
- ospedale
- altro

e che è stato/a reso/a partecipe della decisione? sì no , perché

L'anziano vive con (specificare)

Il/i convivente/i è in grado di prendersi cura della:

PERSONA	totalmente <input type="radio"/>	parzialmente <input type="radio"/>	per nulla <input type="radio"/>
ABITAZIONE	totalmente <input type="radio"/>	parzialmente <input type="radio"/>	per nulla <input type="radio"/>

Presenza rete parentale/amicale

Sì

No

Chi	eventuale grado di parentela

Disponibilità della rete parentale/amicale non convivente

Ospitalità per brevi periodi	Sì, regolarmente <input type="radio"/>	Sì, sporadicamente <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Assistenza ai pasti	Sì, regolarmente <input type="radio"/>	Pranzo <input type="radio"/>	Cena <input type="radio"/>
Accompagnamento a visite	Sì, regolarmente <input type="radio"/>	Sì, sporadicamente <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Aiuto nella deambulazione	Sì, regolarmente <input type="radio"/>	Sì, sporadicamente <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Aiuto nell'igiene personale	Sì, regolarmente <input type="radio"/>	Sì, sporadicamente <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Aiuto nell'igiene ambientale	Sì, regolarmente <input type="radio"/>	Sì, sporadicamente <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Aiuto nella somministrazione dei farmaci	Sì, regolarmente <input type="radio"/>	Sì, sporadicamente <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Aiuto per acquisti	Sì, regolarmente <input type="radio"/>	Sì, sporadicamente <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Disbrigo pratiche	Sì, regolarmente <input type="radio"/>	Sì, sporadicamente <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Altro	Sì, regolarmente <input type="radio"/>	Sì, sporadicamente <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>

Ulteriori risorse sociali attivabili

Amici	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Vicinato	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Volontariato	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Nessuna	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Altro	Sì <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>

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

Interessi/hobbies

Grado di istruzione

Attività lavorativa svolta

- Deficit sensoriali Visivi Uditivi
- Usa presidi Sì No

Tipo di presidio	
Letto articolato	<input type="checkbox"/>
Sponde	<input type="checkbox"/>
Trapezio	<input type="checkbox"/>
Materasso antidecubito	<input type="checkbox"/>
Cuscino antidecubito	<input type="checkbox"/>
Carrozzina	<input type="checkbox"/>
Comoda per wc	<input type="checkbox"/>
Deambulatore	<input type="checkbox"/>
Sollevapersona	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>

- Usa ausili per incontinenza Sì No
Quali _____
- Usa ausili per la sicurezza Sì No
Quali _____

Ridefinizione del/i problema/i in termini operativi:

Obiettivo/i:

Tempi di realizzazione:

Monitoraggio:

- periodicità di rivalutazione aspetti sociali _____
a cura di _____
- periodicità di rivalutazione aspetti sanitari _____
a cura di _____

Figure che intervengono

Figura	Compiti/attività	
Operatore Socio Sanitario	Aiuto nell'assunzione dei farmaci o dei medicinali	<input type="checkbox"/>
	Aiuto nell'igiene personale (quotidiana)	<input type="checkbox"/>
	Aiuto per il bagno/doccia	<input type="checkbox"/>
	Aiuto nel vestirsi	<input type="checkbox"/>
	Preparazione pasti	<input type="checkbox"/>
	Somministrazione pasti	<input type="checkbox"/>
	Aiuto nella deambulazione	<input type="checkbox"/>
	Accompagnamenti	<input type="checkbox"/>
	Aiuto nell'igiene ambientale	<input type="checkbox"/>
	Aiuto negli acquisti	<input type="checkbox"/>
	Disbrigo pratiche	<input type="checkbox"/>
	Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>
Assistente familiare	Aiuto nell'assunzione dei farmaci o dei medicinali	<input type="checkbox"/>
	Aiuto nell'igiene personale (quotidiana)	<input type="checkbox"/>
	Aiuto per il bagno/doccia	<input type="checkbox"/>
	Aiuto nel vestirsi	<input type="checkbox"/>
	Preparazione pasti	<input type="checkbox"/>
	Somministrazione pasti	<input type="checkbox"/>
	Aiuto nella deambulazione	<input type="checkbox"/>
	Accompagnamenti	<input type="checkbox"/>
	Aiuto nell'igiene ambientale	<input type="checkbox"/>
	Aiuto negli acquisti	<input type="checkbox"/>
	Disbrigo pratiche	<input type="checkbox"/>
	Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>
Infermiere professionale	Sorveglianza infermieristica	<input type="checkbox"/>
	Counseling ed interventi educativi	<input type="checkbox"/>
	Prelievi ematici	<input type="checkbox"/>
	Sostituzione catetere	<input type="checkbox"/>
	Medicazioni	<input type="checkbox"/>
	Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>
Fisioterapista	Nursing riabilitativo	<input type="checkbox"/>
	Trattamento	<input type="checkbox"/>
	Mobilizzazione	<input type="checkbox"/>
	Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>
Medico Medicina Generale	Visita periodica	<input type="checkbox"/> accesso settimanale
		<input type="checkbox"/> accesso quindicinale
		<input type="checkbox"/> accesso mensile
		<input type="checkbox"/> altro
Care giver di tipo formale (es. affidatario)		<input type="checkbox"/>

Note

Luogo e data:
Firma del Referente del Piano Assistenziale Individuale:
Firme delle figure professionalmente coinvolte nella predisposizione del PAI:

Per accettazione (interessato / tutore / amministratore di sostegno)

.....

SCHEDA SINTESI DI MONITORAGGIO

Data del monitoraggio: _____

Osservazione sull'andamento _____

Risultati conseguiti _____

Eventuale ridefinizione degli obiettivi, delle figure professionali coinvolte e dei loro compiti _____

Data prossimo monitoraggio _____

Firma del referente del Piano Assistenziale Individuale:

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

Struttura residenziale o semiresidenziale

Denominazione _____

Indirizzo _____

Referente del caso _____

Progetto di residenzialità o semiresidenzialità formulato dall'UVG in data _____

Percorso clinico-assistenziale

del Sig./Sig.ra _____

proveniente da:

- domicilio
 - semiresidenzialità
 - residenzialità
 - casa di cura
 - ospedale
 - altro
-

Nel caso di progetto residenziale in struttura per:

- un periodo temporaneo
 - Percorso di Continuità Assistenziale
 - postacuzie
 - altro (.....)
- 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 Sì No
Quali _____
- Intolleranze Sì No
Quali _____
- Deficit sensoriali Visivi Uditivi

OSSERVAZIONE NEL PRIMO PERIODO
DI PERMANZA NELLA RESIDENZA O SEMIRESIDENZA

- va d'accordo con la maggioranza delle persone sì no
- ha rapporti privilegiati con un altro ospite sì no
- ha rapporti privilegiati con un gruppo di ospiti sì no
- ha rapporti privilegiati con un operatore sì no
- non ha rapporti privilegiati sì no
- sta volentieri da solo/a sì no
- partecipa alle attività proposte sì no

Quali _____

Altro _____

Segnalare i problemi emersi e le cause ed i relativi interventi assistenziali attuati

Rischio di cadute per _____

Igiene personale _____

Difficoltà a vestirsi autonomamente a causa di _____

Assunzione dei cibi _____

Abitudini alimentari _____

Assunzione dei liquidi _____

Comunicazione _____

Disturbi del sonno _____

Disturbi comportamentali _____

MOBILITÀ	<u>Data</u> <u>valutazione</u>				Data di revisione
	Situazione attuale	Obiettivo	Intervento	Figure prof.li coinvolte	
Autonomia totale	<input type="checkbox"/>				
Uso autonomo di ausilio o carrozzina	<input type="checkbox"/>				
Cammina con aiuto e/o sotto supervisione	<input type="checkbox"/>				
Obbligo letto e/o carrozzina	<input type="checkbox"/>				
Ausili di contenzione Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Quali?	<input type="checkbox"/>				

ELIMINAZIONE	<u>Data</u> <u>valutazione</u>				Data di revisione
	Situazione attuale	Obiettivo	Intervento	Figure prof.li coinvolte	
Usa i servizi in completa autonomia*	<input type="checkbox"/>				
Necessita di aiuto nell'uso dei servizi igienici, ma recepisce correttamente gli stimoli*	<input type="checkbox"/>				
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/>				
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/>				
Doppia incontinenza sfinterica ed uso costante di ausili	<input type="checkbox"/>				

*Consentito uso saltuario di ausili per piccole perdite occasionali

ALIMENTARSI	<u>Data</u> <u>valutazione</u>				Data di revisione
	Situazione attuale	Obiettivo	Intervento	Figure prof.li coinvolte	
Senza aiuto	<input type="checkbox"/>				
Con supervisione	<input type="checkbox"/>				
Deve essere imboccato	<input type="checkbox"/>				
Nutrizione enterale e/o parenterale	<input type="checkbox"/>				
Necessita diete particolari	<input type="checkbox"/>				

PESO CORPOREO	Kg.
----------------------	-----

LAVARSI	<u>Data</u> <u>valutazione</u>				Data di revisione
	Situazione attuale	Obiettivo	Intervento	Figure prof.li coinvolte	
Autonomo (ad eccezione del bagno)	<input type="checkbox"/>				
Si lava mani e viso autonomamente	<input type="checkbox"/>				
Supervisione costante nel lavarsi	<input type="checkbox"/>				
Non è in grado di lavarsi autonomamente	<input type="checkbox"/>				

<u>VESTIRSI</u>	<u>Data valutazione</u>				Data di revisione
	Situazione attuale	Obiettivo	Intervento	Figure prof.li coinvolte	
Autonomo	<input type="checkbox"/>				
Possibile solo con supervisione	<input type="checkbox"/>				
Incapace di vestirsi	<input type="checkbox"/>				

<u>COMUNICAZIONE</u>	<u>Data valutazione</u>				Data di revisione
	Situazione attuale	Obiettivo	Intervento	Figure prof.li coinvolte	
Sempre chiara , libera e comprensibile	<input type="checkbox"/>				
Riesce ad esprimere i propri bisogni e comprende ordini verbali semplici	<input type="checkbox"/>				
Riesce ad esprimere i propri bisogni, ma non comprende ordini verbali semplici	<input type="checkbox"/>				
Non riesce ad esprimere i propri bisogni, ma comprende ordini verbali semplici	<input type="checkbox"/>				
Non è in grado di comprendere informazioni verbali semplici e non può indicare i propri bisogni, conserva il minimo di capacità espressiva	<input type="checkbox"/>				
Non è in grado di comprendere informazioni verbali semplici e non può indicare i propri bisogni, non conserva il minimo di capacità espressiva	<input type="checkbox"/>				

<u>TONO DELL'UMORE</u>	<u>Data valutazione</u>			Data di revisione
	Situazione attuale	Obiettivo	Intervento	Figure prof.li coinvolte
Normale	<input type="checkbox"/>			
Saltuariamente triste e malinconico	<input type="checkbox"/>			
Tono dell'umore stabilmente depresso:				
in modo moderato	<input type="checkbox"/>			
in modo grave	<input type="checkbox"/>			
presenza di idee conservative	<input type="checkbox"/>			
in terapia antidepressiva	<input type="checkbox"/>			
in carico al D.S.M.	<input type="checkbox"/>			
ipomaniacalità	<input type="checkbox"/>			
presenza di ipocondria	<input type="checkbox"/>			
Ansia :				
assente	<input type="checkbox"/>			
episodica	<input type="checkbox"/>			
frequente	<input type="checkbox"/>			
costante	<input type="checkbox"/>			

<u>AGITAZIONE PSICO-MOTORIA</u>	<u>Data valutazione</u>				Data di revisione
	Situazione attuale	Obiettivo	Intervento	Figure prof.li coinvolte	
Assente	<input type="checkbox"/>				
Episodica	<input type="checkbox"/>				
Presente di giorno e di notte	<input type="checkbox"/>				
Presente solo di giorno	<input type="checkbox"/>				
Presente solo di notte	<input type="checkbox"/>				
Momenti particolarmente critici (specificare quando, es. prima/dopo pranzo, il tramonto...)	<input type="checkbox"/>				
Con aggressività	<input type="checkbox"/>				

<u>COLLABORAZIONE</u>	<u>Data valutazione</u>				Data di revisione
	Situazione attuale	Obiettivo	Intervento	Figure prof.li coinvolte	
Collaborante	<input type="checkbox"/>				
Saltuariamente collaborante	<input type="checkbox"/>				
Collaborante con incoraggiamento	<input type="checkbox"/>				
Non collaborante	<input type="checkbox"/>				

<u>ORIENTAMENTO</u>	<u>Data valutazione</u>				Data di revisione
	Situazione attuale	Obiettivo	Intervento	Figure prof.li coinvolte	
Orientato nel tempo e nello spazio	<input type="checkbox"/>				
Saltuariamente non orientato	<input type="checkbox"/>				
Orientato in struttura	<input type="checkbox"/>				
Non orientato nel tempo	<input type="checkbox"/>				
Non orientato nello spazio	<input type="checkbox"/>				
Disorientato	<input type="checkbox"/>				
Non valutabile	<input type="checkbox"/>				

<u>MEMORIA</u>	<u>Data valutazione</u>				Data di revisione
	Situazione attuale	Obiettivo	Intervento	Figure prof.li coinvolte	
Buona, trattiene le informazioni ricevute	<input type="checkbox"/>				
Perdita della memoria a breve tempo	<input type="checkbox"/>				
Perdita della memoria a breve e a lungo tempo	<input type="checkbox"/>				
Non ricorda e non riconosce i luoghi e/o le persone	<input type="checkbox"/>				

STATO DELLA CUTE	<u>Data valutazione</u>				Data di revisione
	Situazione attuale	Obiettivo	Intervento	Figure prof.li coinvolte	
Integro	<input type="checkbox"/>				
Presenza di ulcere cutanee	<input type="checkbox"/>				

ALTRO (specificare)	<u>Data valutazione</u>				Data di revisione
	Situazione attuale	Obiettivo	Intervento	Figure prof.li coinvolte	
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				

Note

Luogo e data:
Firma del Referente del Piano Assistenziale Individuale:
Firme delle figure coinvolte nella predisposizione del PAI