

Il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI)

Oltre al *Progetto Educativo Individualizzato* (PEI), anche il *Piano di Assistenza Individualizzato* (PAI) è uno degli strumenti usati per organizzare gli interventi secondo obiettivi.

Si tratta di un documento che sintetizza in un'ottica multidisciplinare le informazioni relative al soggetto in condizioni di bisogno, con l'intento di postulare e attuare un progetto di cura e assistenza che abbia l'obiettivo primario di favorire la miglior condizione di salute e benessere del soggetto in questione. Si tratta in questi casi di situazioni ad alta complessità sanitaria

e socio-assistenziale (anziani disabili o malati, soggetti affetti da SLA o da altre malattie neuromuscolari degenerative, pazienti oncologici gravi, soggetti affetti da demenza, minori con disabilità gravi).

Il PAI comprende gli aspetti clinico-sanitari, la valutazione degli operatori che quotidianamente si prendono cura del soggetto (per esempio, infermieri, OSS), gli interventi eventualmente necessari (per esempio, la valutazione degli interventi di riabilitazione o riattivazione a opera del fisioterapista). Evidenzia anche aspetti inerenti la

sfera affettivo-relazionale e linguistico-comunicativa. La stesura avviene con il contributo di tutti gli operatori coinvolti (medici, infermieri, OSS, fisioterapisti, assistenti sociali, educatori, psicologi, logopedisti). Sono chiaramente necessarie l'integrazione e la condivisione con il nucleo familiare.

Il PAI individua gli obiettivi di cura e assistenza che l'équipe multidisciplinare che si prende carico del soggetto intende perseguire. Tali obiettivi sono soggetti a verifica e adeguamento periodico e devono essere quindi misurabili e quantificabili.

A seguire Modello per il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI), scheda della Regione Puglia



REGIONE PUGLIA

**AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, DELLE PERSONE E DELLE
PARI OPPORTUNITA'**

Allegato A

Piano di Assistenza Individuale (PAI)

A1. PAI Cure domiciliari

A2. PAI cure residenziali e semiresidenziali

PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE (PAI)

Cure domiciliari

Paziente				Nato il		
Cod. Fisc.	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	età		sexso	M	F
Residenza	Comune..... Via.....			Tel.		
MMG/PLS	Dr			Tel.		

UVM	Data	Scadenza PAI
Presa in carico		
Rivalutazione		

<u>Diagnosi d'ingresso:</u>	PROVENIENZA PAZIENTE
Patologia prevalente (codice ICD9-CM) _____	<input type="checkbox"/> Domicilio
Patologie concomitanti (codice ICD9-CM) _____	<input type="checkbox"/> Struttura: (specificare) _____

Problemi attuali:

Tipologia di non autosufficienza/fragilità

- Paziente in dimissione protetta
- Paziente con gravi artropatie
- Paziente con incidenti vascolari acuti
- Paziente con patologie temporaneamente invalidanti
- Demente grave
- Anziano con pluripatologie invalidanti
- Malato oncologico non autosufficiente
- Altro _____

Obiettivi di salute

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Miglioramento della qualità di vita <input type="radio"/> Miglioramento/controllo delle condizioni cliniche <input type="radio"/> Prevenzione delle cadute <input type="radio"/> Miglioramento/mantenimento dell'attività motoria <input type="radio"/> Recupero funzionalità articolare <input type="radio"/> Recupero/mantenimento mobilità-trasferimenti <input type="radio"/> Miglioramento stato cognitivo-percettivo <input type="radio"/> Miglioramento orientamento nella realtà <input type="radio"/> Altro _____ | <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Miglioramento/mantenimento dello stato funzionale globale <input type="radio"/> Prevenzione/trattamento delle lesioni da decubito <input type="radio"/> Prevenzione della sindrome da immobilizzazione <input type="radio"/> Recupero tono-forza-trofismo muscolare <input type="radio"/> Recupero postura seduta e/o eretta <input type="radio"/> Recupero/mantenimento deambulazione <input type="radio"/> Miglioramento/contenzione disturbi psichici e comportamentali <input type="radio"/> Miglioramento capacità relazionali e contatto socio-ambientale |
|--|--|

Interventi

Equipe domiciliare	Prestazioni		Frequenza		Durata	Struttura erogante
			g/sett	g/mese		
• MMG						
• PLS						
• Medico cont. assistenziale						
Specialista	○ Oncologo					
	○ Cardiologo					
	○ Pneumologo					
	○ Neurologo					
	○ Fisiatra					
	○ Chirurgo					
	○ Urologo					
	○ Ginecologo					
	○ Nefrologo					
	○ Gastroenterologo					
	○ Ortopedico					
	○ Dermatologo					
	○ Oculista					
	○ Geriatra					
○ Altro						
• Medico esperto cure palliative						
• Controlli specialistici strumentali programmati in struttura specialistica	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rx ○ TAC ○ Risonanza magnetica ○ Ecocardiogramma ○ Altro 					
• Infermiere	Farmaci/ausili e mod somm.					
	○ Parametri funzionali					
	○ Terapia farmacologica					
	○ Terapia infusione					
	○ Nutrizione					
	○ Catetere vescicale					
	○ Medicazione					
	○ Controllo drenaggi					
	○ Gestione lesioni da decupito					
	○ Gestione Peg					
	○ Gestione tracheotomia					
○ Altro.....						

Equipe domiciliare	Prestazioni	Frequenza		Durata	Struttura erogante
		g/sett	g/mese		
• Fisioterapista ¹					
• Logopedista					
• Terapista occupazionale					
• Dietista					
• OSS					
• Psicologo					
• Care giver					
• Assistente sociale					

¹ PSR (Professioni Sanitarie Riabilitative) (DM 29/03/2001)

AUSILI, PROTESI, ELETTROMEDICALI E ASSISTENZA INTEGRATIVA		NOTE
<input type="checkbox"/>	Ventilatore Polmonare + Ventilatore di riserva + materiale di consumo	
<input type="checkbox"/>	Gruppo di continuità/gruppo elettrogeno	
<input type="checkbox"/>	Aspiratore + Aspiratore di riserva + materiale di consumo	
<input type="checkbox"/>	Saturimetro	
<input type="checkbox"/>	Letto _____	
<input type="checkbox"/>	Materasso _____	
<input type="checkbox"/>	Sistemi di postura	
<input type="checkbox"/>	Ausili per lo spostamento: _____	
<input type="checkbox"/>	Ausili per la comunicazione: _____	
<input type="checkbox"/>	Ossigeno liquido	
<input type="checkbox"/>	Ausili di assorbenza	
<input type="checkbox"/>	Ausili per incontinenza	
<input type="checkbox"/>	Pompa per nutrizione enterale e relative sacche	
<input type="checkbox"/>	PEG	
<input type="checkbox"/>	Prodotti per nutrizione enterale	
<input type="checkbox"/>	Materiale per medicazione vario	
<input type="checkbox"/>	OLT	
<input type="checkbox"/>	Farmaci	
<input type="checkbox"/>	Altro: _____	

EQUIPE DISTRETTUALE		
Case Manager		Tel.
CPS Coordinatore		Tel.

ULTERIORI INTERVENTI

<input type="checkbox"/>	Segnalazione del caso al Servizio 118 per le eventuali chiamate in urgenza ed emergenza;
<input type="checkbox"/>	Segnalazione del caso alla Continuità Assistenziale (Guardia Medica) sede di _____ per eventuali richieste di intervento in continuità assistenziale con il medico di Medicina Generale.
<input type="checkbox"/>	Segnalazione dell'abitazione all'ENEL per la protezione della rete elettrica in caso di interruzione di fornitura di energia a cura dell'intestatario del contratto;
<input type="checkbox"/>	Assegno di cura
<input type="checkbox"/>	Valutazione requisiti impiantistici finalizzata alla installazione delle apparecchiature elettromedicali
<input type="checkbox"/>	Attivazione servizio prelievo ROT
<input type="checkbox"/>	Altro _____

Note _____

PROFILI DI CURA/SETTING ASSISTENZIALI

<input type="checkbox"/>	Cure Domiciliari complessità bassa (I livello)
<input type="checkbox"/>	Cure Domiciliari complessità medio-alta (II livello)
<input type="checkbox"/>	Cure Domiciliari di elevata complessità intensità (III livello)
<input type="checkbox"/>	Cure Palliative
<input type="checkbox"/>	Altro

Legenda

Cure domiciliari di complessità bassa (con accessi domiciliari articolati fino a 5 giorni alla settimana) da parte di équipes multidisciplinari strutturate (medico + infermiere + personale riabilitativo) previa valutazione multidimensionale, PAI e presa in carico. (E' esclusa l'assistenza programmata a domicilio del MMG)

Cure domiciliari di complessità medio-alta (con accessi domiciliari articolati su 6 giorni alla settimana) da parte di équipes multidisciplinari strutturate (medico + infermiere + personale riabilitativo) previa valutazione multidimensionale, PAI e presa in carico.

Cure domiciliari di elevata complessità/intensità e cure domiciliari palliative a malati terminali (con accessi quotidiani e pronta disponibilità medica notturna) da parte di équipes multidisciplinari strutturate (medico + infermiere + personale riabilitativo + OSS + psicologo) previa valutazione multidimensionale, PAI e presa in carico.

VALUTAZIONE DEI RISULTATI

<input type="checkbox"/>	Condizioni migliorate	
<input type="checkbox"/>	Condizioni stazionarie	
<input type="checkbox"/>	Condizioni peggiorate	
Rivalutazione	Motivo	<input type="checkbox"/> scadenza del periodo previsto <input type="checkbox"/> variazione nelle condizioni del paziente
	Conferma Precedente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Modificato	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sospensione	Data Inizio	
	Data Fine	
	Motivazione	<input type="checkbox"/> ricovero temporaneo in ospedale <input type="checkbox"/> allontanamento temporaneo <input type="checkbox"/> ricovero temporaneo in struttura residenziale <input type="checkbox"/> altro
Conclusione	Data AD	
	Motivazione	<input type="checkbox"/> Completamento del programma assistenziale
		<input type="checkbox"/> Ricoveri in ospedale
		<input type="checkbox"/> Decesso a domicilio
		<input type="checkbox"/> Decesso in ospedale
		<input type="checkbox"/> Trasferimento in struttura residenziale
		<input type="checkbox"/> Trasferimento in Hospice
		<input type="checkbox"/> Decesso in Hospice
		<input type="checkbox"/> Trasferimento in altra tipologia di cure domiciliari
		<input type="checkbox"/> Cambio residenza
		<input type="checkbox"/> Cambio medico
		<input type="checkbox"/> Volontà dell'utente
		<input type="checkbox"/> Chiusura amministrativa (in assenza di sospensione, qualora non vi siano prestazioni per 6 mesi)
<input type="checkbox"/> Altro		

COMPONENTI UVM	COGNOME E NOME	FIRMA	ENTE STRUTTURA APPARTENENZA
Direttore Distretto o delegato			
MMG/PLS			
Medico Specialista: _____			
Assistente Sociale			
Infermiere			
PRS _____			
Psicologo			
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			
Care Giver			

(1) Altre figure area clinica (2) Altre figure professionali sanitarie (3) Responsabile del servizio sociale professionale (4) Altro

EQUIPE DISTRETTUALE		
Case Manager		Tel.
CPS Coordinatore		Tel.

VALUTAZIONE DEI RISULTATI		
<input type="checkbox"/>	Condizioni migliorate	
<input type="checkbox"/>	Condizioni stazionarie	
<input type="checkbox"/>	Condizioni peggiorate	
Rivalutazione	Motivo	<input type="checkbox"/> scadenza del periodo previsto
		<input type="checkbox"/> variazione nelle condizioni del paziente
	Conferma Precedente	<input type="checkbox"/> Si
		<input type="checkbox"/> No
	Modificato	<input type="checkbox"/> Si
		<input type="checkbox"/> No
Sospensione	Data Inizio	
	Data Fine	
	Motivazione	<input type="checkbox"/> ricovero temporaneo in ospedale
		<input type="checkbox"/> allontanamento temporaneo
<input type="checkbox"/> ricovero temporaneo in struttura residenziale		
<input type="checkbox"/> altro		
Conclusione	Data AD	
	Motivazione	<input type="checkbox"/> Completamento del programma assistenziale
		<input type="checkbox"/> Ricoveri in ospedale
		<input type="checkbox"/> Decesso a domicilio
		<input type="checkbox"/> Decesso in ospedale
		<input type="checkbox"/> Trasferimento in struttura residenziale
		<input type="checkbox"/> Trasferimento in Hospice
		<input type="checkbox"/> Decesso in Hospice
		<input type="checkbox"/> Trasferimento in altra tipologia di cure domiciliari
		<input type="checkbox"/> Cambio residenza
		<input type="checkbox"/> Cambio medico
		<input type="checkbox"/> Volontà dell'utente
		<input type="checkbox"/> Chiusura amministrativa (in assenza di sospensione, qualora non vi siano prestazioni per 6 mesi)
		<input type="checkbox"/> Altro

COMPONENTI UVM	COGNOME E NOME	FIRMA	ENTE STRUTTURA APPARTENENZA
Direttore Distretto o delegato			
MMG/PLS			
Medico Specialista: _____			
Assistente Sociale			
Infermiere			
PRS _____			
Psicologo			
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			
Care Giver			

(1) Altre figure area clinica (2) Altre figure professionali sanitarie (3) Responsabile del servizio sociale professionale (4) Altro