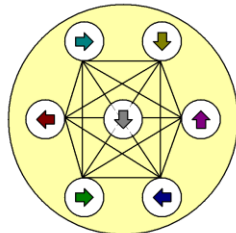


Piano Assistenziale Individuale (PAI)

L'equipe Assistenziale

ORGANIZZAZIONE DELLE FORZE ASSISTENZIALI

MEDICO
RESPONS. ATT. SANITARIE
(RAS)
INFERMIERI
RAA, OSS
FISIOTERAPISTA,
ANIMATORE
ETC.



INCOERENTE

EQUIPE MULTIDISCIPLINARE ASSISTENZIALE

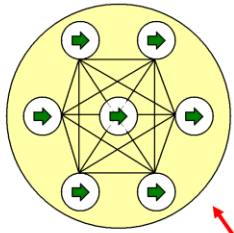
Valutazione Multidimensionale (VMD)
Piano Assistenziale Individuale (PAI)

AUTONOMIE OPERATIVE

PROTOCOLLI PER :

- 1) ACUZIE, TERAPIA AL BISOGNO
- 2) RICOVERI OSP. (TRANSITIONAL CARE)
- 3) LESIONI DA PRESSIONE
- 4) MISURE CONTENITIVE SALVAGUARDIA
- 7) INCONTINENZA, ALVO
- 6) MONITORAGGIO ALIMENTARE
- 7) MONITORAGGIO COMPORTAMENTALE
- 8) GESTIONE CONFORT AMBIENTALE
- 9) PREVENZIONE EVENTI AVVERSI

ETC.



COERENTE

TOTAL QUALITY
MANAGEMENT

STANDARD DI RACCOLTA E
COMUNICAZIONE DATI

ANZIANI CON MAL. CRONICHE INVALIDANTI : MANAGEMENT ASSISTENZIALE

Perseguire la miglior qualità di vita possibile e compatibile con la comorbidità
OTTIMIZZANDO:

- 1) L'ASSISTENZA SANITARIA, TUTELARE E RIABILITATIVA ai fini del:

Confort (compatibilmente con la presenza e la necessità delle altre persone anziane residenti, l'impegno comune è rendere la struttura il più possibile "casa e luogo di vita" della persona anziana con collocazione abitativa consona alle necessità e caratteristiche e gestire le acuzie mediche in primis in struttura, salvo evoluzione critica delle medesime e conseguente inevitabilità del ricovero ospedaliero);
Mantenimento e Potenziamento delle funzioni vitali della persona;
Mantenimento e Stimolazione delle abilità residue;
Prevenzione delle complicanze (ulcere da pressione, ab ingestis, cadute, traumi, infezioni, subocclusioni, etc.).

- 2) LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE coordinando in tempo reale gli operatori assistenziali per attuare sia il PIANO ASSISTENZIALE PERSONALIZZATO, multidisciplinare residenziale sia la "TRANSITIONAL CARE" in caso di dimissione, ricovero ospedaliero, consulenza specialistica;
- 3) L'INTENSITÀ ASSISTENZIALE per affrontare e gestire l'acuzie, le riacutizzazioni e le complicanze in residenza riducendo al minimo indispensabile l'ospedalizzazione (evitare l'ospedalizzazione impropria ma parimenti la "cura residenziale" impropria). Ogni intervento deve perseguire la necessaria sicurezza e salvaguardia del paziente.

La gestione assistenziale del PAI nel paziente con DNC Maggiore

Gentle Care



Data _____

- Valutazione ingresso (entro 7 giorni)
- Revisione straordinaria dopo _____
- Revisione periodica dopo mesi ____

Ospite Sig./Sig.ra _____

Data di nascita _____

Proveniente da _____

PATOLOGIA-DISABILITÀ CONDIZIONE DI DISAGIO PREVALENTE ALL'INGRESSO (VEDI VALUTAZIONE UVG) :	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ _____ ▪ _____ 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soggetto con grave disturbo comportamentale 	<input type="checkbox"/> Gruppo A
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soggetto con elevato bisogno sanitario correlato ad elevato bisogno assistenziale 	<input type="checkbox"/> Gruppo B
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soggetto con disabilità di grado severo 	<input type="checkbox"/> Gruppo C
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soggetto con disabilità di grado moderato 	<input type="checkbox"/> Gruppo D

CLASSIFICAZIONE CASE – MIX : <input type="checkbox"/> valutazione ingresso; <input type="checkbox"/> revisione straordinaria dopo _____; <input type="checkbox"/> revisione periodica dopo mesi ____				
	Ingresso	Precedente	Attuale	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gruppo A) Soggetto con grave disturbo comportamentale 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gruppo B) Soggetto con elevato bisogno sanitario ed assistenziale 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gruppo C) Soggetto con disabilità di grado severo 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gruppo D) Soggetto con disabilità di grado moderato 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D

AREA 1:	ASPETTI COGNITIVI/CAPACITÀ PERCETTIVE/COMUNICAZIONE
----------------	--

Deterioramento Cognitivo *Assente:*
vedere SPMSQ e CIRS *Presente:* lieve moderato grave
 Stimolazione cognitiva – ROT di gruppo Stimolazione cognitiva – ROT individuale altro _____

Funzioni del Linguaggio (vedere item 5 di BINA)
 parla e comprende normalmente linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero
 comprende solo ordini semplici, non riesce ad esprimere con coerenza il suo pensiero non comprende, non si esprime

Vista: normale adeguata con occhiali compromessa non vedente Ausilio _____
Udito: normale adeguata con protesi compromesso sordo Ausilio _____

Disturbi del comportamento: assenti disinibizione disturbi del sonno
VEDI : Nursing Home Behavior aggressività verbale wandering apatia
Problem Scale = riportare i gradi aggressività fisica agitazione psicomotoria allucinazioni
3 e 4 anche di un solo item ansia /depressione irritabilità deliri
 altro _____

Note: _____

AREA 2:	ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE
----------------	------------------------------------

Dieta:

- libera
- solida
- semisolida – “cremosa”
- semiliquida
- liquida
- terapeutica : _____

Situazione oro dentale:

- dentatura propria
- protesi dentaria completa
- protesi dentaria superiore
- protesi dentaria inferiore
- edentulia

Autonomia funzionale:

- indipendente
- supervisione
- preparazione pasti per assunzione + supervisione
- totalmente dipendente

Problemi di alimentazione :

Vedi “Stato nutrizionale e oro-dentale”

- masticazione: SI NO
- Deglutizione : per i liquidi per i pasti comuni
- posate speciali: SI NO
- Alimentazione con siringa: SI NO
- altro : _____

Alimentazione artificiale:

- SNG
- PEG
- Parenterale = CVP CVC
- idratazione via venosa : meno di 15 gg. più di 15 gg.

Luogo dei pasti prevalente:

- refettorio
- sala pasti al piano
- camera
- al letto

Note: _____

OBIETTIVI ASSISTENZIALI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI :	
Intervento	Responsabilità	Tempi

AREA 3:	ELIMINAZIONE
----------------	---------------------

Vescica :

- continenza
- incontinenza saltuaria
- incontinenza totale
- catetere vescicale : a permanenza
- transitorio discontinuo - periodico
- uro-control
- raccogliatore: da letto da gamba

Alvo :

- continenza
- incontinenza saltuaria
- incontinenza totale
- alvo regolare
- stipsi
- stomia _____

Uso della toilette :

- indipendente
- con aiuto
- non usa il bagno

- pannolone (vedere “schema pannoloni”)
- traversa monouso
- altro _____

Note: _____

OBIETTIVO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI :	
Intervento	Responsabilità	Tempi

AREA 4:	MOBILIZZAZIONE
----------------	-----------------------

ALLETTATO: SI NO

Deambulazione/locomozione

- autonomo
- supervisione/stimolo
- necessita di assistenza
 - 1 operatore
 - 2 operatori
- con ausili (**vedi paragrafo Ausili**)
- non deambula

Mobilità a letto

- indipendente
- supervisione/stimolo
- dipendente: necessita di assistenza
 - 1 operatore
 - 2 operatori
- necessaria traversa di spostamento

Trasferimento letto ↔ carrozzina

- indipendente
- supervisione/stimolo
- dipendente: necessita assistenza
 - 1 operatore
 - 2 operatori
- sollevapazienti con corsetto :
 - toracico imbragatura
 - tipo "barella" _____

Trasferimento letto ↔ barella "doccia" NO SI

- necessario il sollevapazienti con corsetto : toracico imbragatura tipo "barella" _____
- necessario telo scorrevole necessaria traversa di spostamento

necessari 2 operatori

Problemi della cute rischio di Lesioni da Pressione (**LdP**) punteggio scala di Braden: ____ (**rischio se ≤ 18**)

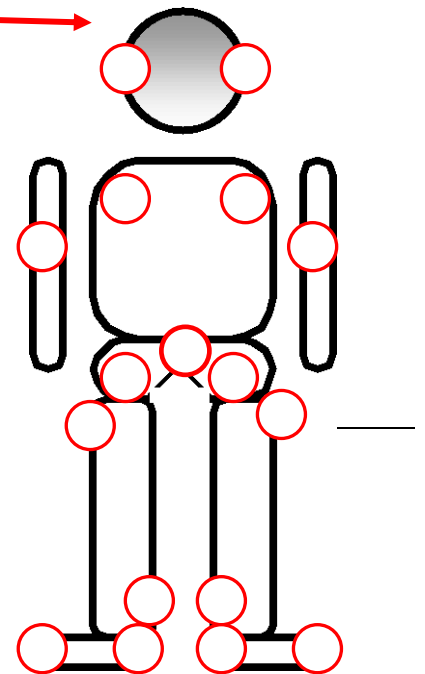
Piano di prevenzione:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osservazione punti a rischio della cute giornaliero <input type="checkbox"/> materasso ad aria a celle <input type="checkbox"/> intercambiabili <input type="checkbox"/> NON intercambiabili <input type="checkbox"/> materasso di altro tipo : _____ <input type="checkbox"/> cuscino antidecubito <input type="checkbox"/> ad aria <input type="checkbox"/> a gel <input type="checkbox"/> altro _____ | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> tutori podalici antidecubito <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sn <input type="checkbox"/> archetto sollevacoperte <input type="checkbox"/> cuscino solleva-talloni <input type="checkbox"/> "proteggi-gamba" <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sn |
|--|--|
- Altro _____

LdP. Stadio 1) arrossamento 2) cute rotta 3) crosta nera (escara) 4) muscoli e ossa visibili

Schema posture per prevenzione - trattamento LdP :

- | | supino e mobilizzato ogni 2 ore | fianco dx. a 30° e mobilizzato ogni 2 ore | fianco sin. a 30° e mobilizzato ogni 2 ore |
|---------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> sacro | | <input type="checkbox"/> <u> / / </u> | <input type="checkbox"/> <u> / / </u> |
| <input type="checkbox"/> ischio | <input type="checkbox"/> <u> / / </u> | <input type="checkbox"/> <u> / / </u> | <input type="checkbox"/> <u> / / </u> |
| <input type="checkbox"/> femore dx. | <input type="checkbox"/> <u> / / </u> | | <input type="checkbox"/> <u> / / </u> |
| <input type="checkbox"/> femore sx. | <input type="checkbox"/> <u> / / </u> | <input type="checkbox"/> <u> / / </u> | |
| <input type="checkbox"/> malleolo dx. | <input type="checkbox"/> <u> / / </u> | | <input type="checkbox"/> <u> / / </u> |
| <input type="checkbox"/> malleolo sx. | <input type="checkbox"/> <u> / / </u> | <input type="checkbox"/> <u> / / </u> | |
| <input type="checkbox"/> tallone/i | | <input type="checkbox"/> <u> / / </u> | <input type="checkbox"/> <u> / / </u> |
| <input type="checkbox"/> _____ | | | |



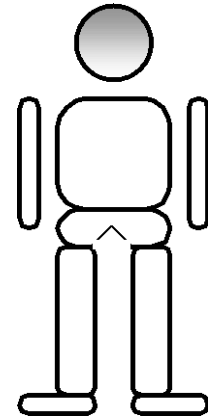
POSIZIONI DA EVITARE IN BASE ALLA LdP

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> sacro <input type="checkbox"/> ischio <input type="checkbox"/> femore e / o malleolo dx. <input type="checkbox"/> femore e / o malleolo sx. <input type="checkbox"/> scapola e/ o spalla e/ o orecchio dx. <input type="checkbox"/> scapola e/ o spalla e/ o orecchio sx. <input type="checkbox"/> gomiti <input type="checkbox"/> tallone | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> supina <input type="checkbox"/> seduta <input type="checkbox"/> laterale dx. <input type="checkbox"/> laterale sx. <input type="checkbox"/> laterale dx. <input type="checkbox"/> laterale sx. <input type="checkbox"/> mantenerli sollevati con cuscini <input type="checkbox"/> supina |
|--|--|

Problemi particolari:

Altri problemi della cute: _____

- PRESENZA di DOLORE:**
- 1 = assente
 - 2 = articolari  ridotta
 - 3 = articolari  gravemente compromessa
 - 4 = dolore lieve
 - 5 = dolore grave
 - 6 = atteggiamento viziato
 - 7 = non muove l'arto
 - 8 = atteggiamento viziato e non muove l'arto
 - 9 = artroprotesi
 - 10 = artoprotesi
- no si Sede
- (vedere scheda:
VALUTAZIONE
APPARATO
LOCOMOTORE in
cartella Fisioterapista)



- Riabilitazione/movimentazione**
- Vedere "Schema posturale per riabilitazione/movimentazione"
- trattamento specifico
 - igiene articolare
 - monitoraggio deambulazione
 - igiene posturale
 - ginnastica di gruppo
 - altro _____

Rischio di caduta: (vedi Scheda RIS.CA. e Scala di Conley) no si : minimo medio elevato

Ausili/presidi

- sollevapazienti
- bastone/tripode
- walker
- trapezio per letto
- rollator a 2 ruote
- calza elastica: dx s
- rollator a 4 ruote
- coprispanda dx
- sedia a ruote:
- busto ortopedico
- con autospinta
- materasso a terra dx sn
- senza autospinta
- ginocchiera dx sn
- tavolino
- "parastinchi" dx sn
- divaricatore
- "salvagambe"

Misure Contenitive Salvaguardia (Vedere Scheda MCS)

- sponda: dx sn
- cintura pelvica
- manopola: dx sx
- polsino: dx Sx
- altro

altro _____

Note: _____

OBIETTIVO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI :	
Intervento	Responsabilit�	Tempi

AREA 5:	IGIENE/ABBIGLIAMENTO
----------------	-----------------------------

Igiene personale

- indipendente
- supervisione/preparazione dell'attività
- dipendente: necessita di assistenza
 - 1 operatore
 - 2 operatori

Abbigliamento

- indipendente
- supervisione/preparazione dell'attività
- dipendente: necessita di assistenza
 - 1 operatore
 - 2 operatori

Bagno

- vasca attrezzata
- box doccia
- sedia doccia
- barella doccia
- pediluvio

Note: _____

OBIETTIVO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	
Intervento	Responsabilità	Tempi

AREA 6:	RITMO SONNO - VEGLIA
----------------	-----------------------------

- alzata mattino
- alzata pomeriggio
- alzata unica dalle ore _____ alle ore _____
- ritmo sonno - veglia normale
- inversione ritmo sonno - veglia
- insonnia
- ipersonnia
- riposo pomeridiano in poltrona
- riposo pomeridiano a letto
- riposo notturno discontinuo ma tranquillo
- riposo notturno discontinuo e agitato

condizioni facilitanti il sonno

condizioni ostacolanti il sonno

Note: _____

OBIETTIVO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	
Intervento	Responsabilità	Tempi

