Sommario

1. GENERALITA'....2
1.1 Obbiettivi e mission....2
1.2 Scopi....2
1.3 Applicabilità....2
1.4 Riferimenti normativi....2
1.5 Documenti correlati....3
1.6 Elementi del sistema informatico....4
2. PROGRAMMAZIONE, REALIZZAZIONE E CONTROLLO DELLE ATTIVITA'5
2.1 Piano di Assistenza Individuale (P.A.I.)....5
2.2 Elementi di ingresso la compilazione dei PA.I....6
2.3 Scale di valutazione ex D.G.R. 42/2012....7
2.4 Livelli assistenziali ex D.G.R. 45/2012....8
2.5 PAI "iniziale" documento D.S.A. 24....9
2.6 PAI "in progress" documento D.S.A. 22_03....10
3. METODOLOGIE E STRUMENTI DI REALIZZAZIONE....11
3.1 Scheda PAI – DSA 07....11
3.2 Modalità di gestione del documento....12
3.3 Caratteristiche operative del P.A.I....14
3.4 Responsabilità....14
3.5 Controlli....14
3.6 Programma mensile PAI....15
3.7 Registro di controllo della frequenza temporale dei PAI....16
4. ATTIVITA' SVOLTE DALL'APPALTATORE DEI SERVIZI....17
4.1 Attività....17
4.2 Pianificazione della attività....17
4.3 Realizzazione delle attività....17
5. NON CONFORMITA'....17

1. GENERALITA'

1.1 Obbiettivi e mission

Obiettivo primario di una Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) è il miglioramento o almeno la conservazione dello stato psicofisico della persona, e la prevenzione di eventuali aggravamenti e decadimenti funzionali (vedi DGR 41/95), a volte inevitabili per l'inarrestabile aumento dell'età anagrafica delle persone ospitate.

La DGR 17/05 prevede, a tal fine, che ogni attività svolta nelle RSA debba porre in primo piano la persona attraverso l'elaborazione di progetti socio sanitari assistenziali individuali.

Questo percorso viene effettuato attraverso la elaborazione ed il monitoraggio dei bisogni della persona per mezzo di uno strumento definito:

Piano di Assistenza individuale (P.A.I.)

che coinvolge nella pianificazione tutti i soggetti competenti a garantire lo stato di salute dell'ospite.

1.2 Scopi

Elaborazione di un documento applicativo del punto 1.1, affinché tutti gli operatori del Presidio possano applicarne le prescrizioni in modo consapevole.

1.3 Applicabilità

Tale protocollo si applica in modo continuativo, nella gestione ordinaria del Presidio e della vita degli ospiti.

1.4 Riferimenti normativi

I riferimenti normativi sono archiviati in modo informatico all'indirizzo:

G:\documenti\rubrica e modelli\leggi sanità\regionale\…

Deliberazione della Giunta Regionale 10 marzo 2008, n. 42-8390	Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica e Linee Guida del Piano Assistenziale Individuale. Modifica e integrazione alla D.G.R. 17-15226/2005.
Deliberazione della Giunta Regionale 30 luglio 2012, n. 45-4248	Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.09 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.08. Revoca precedenti deliberazioni.
Deliberazione della Giunta Regionale 25 giugno 2013, n. 14-5999	Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente in ottemperanza all'ordinanza del TAR Piemonte n. 141/2013.

1.5 Documenti correlati

1.1.1 Documenti esterni

Tra i documenti correlati (esterni) previsti dalla D.G.R. 42/08 è presente:

- **P.A.I. preliminare**,

redatto, ai sensi della D.G.R. 42/08, dalla Unità di Valutazione Geriatrica U.V.G. della A.S.L. territoriale che è competente circa la definizione di un Progetto assistenziale preliminare nel quale sono contenuti la indicazione:

- delle esigenze assistenziali, sanitarie e riabilitative (fisiche e psichiche) della persona che ha chiesto l'inserimento in un presidio socio-sanitario
- della tipologia di presidio socio-sanitario che presenta le caratteristiche adatte al caso in oggetto, al fine di permettere una libera scelta consapevole
- L'indicazione delle esigenze assistenziali sanitarie e riabilitative che dovranno essere fornite dal presidio socio sanitario
- dei tempi per la verifica e/o la rivalutazione del medesimo da effettuarsi dagli enti gestori delle prestazioni residenziali
- L'indicazione dei termini entro i quali l'UVG è tenuta a validare le proposte di rivalutazione progettuale formulate dai competenti enti gestori, che comportano un mutamento di fascia assistenziale e/o livello di intensità delle prestazioni.

1.1.2 Documenti interni

servizio	Documenti correlati a cura di: Senior Residence		Documenti correlati a cura di: Appaltatore servizi di gestione
Assistenza Infermieristica	- Gestione Farmaci e Terapie	PR 03	PR 22 Modalità Operative assistenza infermieristica
	- Medicazioni	PR 05	
	- Prevenzione e tratt. lesioni da decubito	PR 07	
	- Gestione ausili	PR 14	
	- Gestione urgenze	PR 16	
Servizi di riabilitazione	- Trattamenti di riabilitazione psicofisica	PR 18	PR 22 Modalità Operative riabilitazione psicofisica
Assistenza socio-assistenziale	- Prevenzione cadute Contenzione Fisica	PR 04	PR 22 Modalità Operative assistenza socio-sanitaria
	- Igiene personale degli ospiti	PR 06	
	- Incontinenze	PR 09	
Preparazione e somministrazione dei pasti	- Corretta alimentazione	PR 13	PR 22 Modalità Operative alimentazione

1.6 Elementi del sistema informatico

Lo strumento base per la gestione del Piano di Assistenza Individuale è il software informatico PCCAR, attraverso il percorso:

G:\PCCAR \ infermeria \ Scheda PAI \ ….

ed è impostato sui seguenti elementi identificativi

• Matricola	Da 0001 a 9889	è il numero di codice/matricola dell'ospite
• Anni		Età dell'ospite espressa in anni
• A.D.L.	Da "A" a "G"	Valutazione in base alla scala: "Index of Indipendence in Activities of Daily Living"
• V. (obiettivi)	1 non conseguito 2 parz. conseguito 3 conseguito	Esprime la valutazione del raggiungimento degli obbiettivi del periodo Esprime la valutazione della partecipazione dell'ospite al trattamento
• Data rev. PAI		Data indicativa per la revisione del PAI
• Figure professionali presenti alla redazione		- DG direttore generale - DS direttore sanitario - CS I.P. capo sala - MD medico di base - FT fisioterapista - PS psicologo - OS operatori socio-sanitari - RS referente servizi socio- assistenziali - IP infermiere

2. PROGRAMMAZIONE, REALIZZAZIONE E CONTROLLO DELLE ATTIVITA'

2.1 Piano di Assistenza Individuale (P.A.I.)

2.1.1 Elaborazione a cura della:

- Unità di Valutazione Interna (U.V.I.) del presidio, costituita come da 2.1.4.1 e 2.1.4.2

2.1.2 Modalità di compilazione preliminare del documento

Durante la permanenza nel presidio socio-sanitario, la U.V.I., tenuto conto delle indicazioni del PAI preliminare della U.V.G., verrà elaborato il PAI, documento assistenziale base, articolato sulla analisi di tre aree primarie più item

- Mobilità
- Eliminazione
- Alimentarsi
- Lavarsi
- Vestirsi
- Comunicazione
- Tono dell'umore
- Agitazione psico-motoria
- Collaborazione
- Orientamento
- Memoria
- Stato della cute
- Contenzione
- Capacità relazionali

2.1.3 Fasi di elaborazione

- su più fasi distinte:

Cartella accoglienza	D.S.A. 10	contenente gli elementi ricavabili dalle informazioni del colloquio iniziale con l'ospite e/o parenti e da un primo periodo di osservazione
PAI "iniziale"	D.S.A. 24	contenente gli elementi in ingresso, di provenienza esterna, alla progettazione del servizio iniziale
PAI "in progress"	D.S.A. 22	contenente gli elementi in ingresso, di provenienza interna ed esterna, alla progettazione del PAI

- doc
- do

2.2 Elementi di ingresso la compilazione dei PA.I.

2.2.1 Cartella accoglienza documento D.S.A. 10_03

Residenza Sanitaria Assistenziale Torino	SENIOR RESIDENCE **CARTELLA ACCOGLIENZA PAI INGRESSO**	Cod. DSA 10
		Rev. 03
		Pagina 1 di 2

Ente Gestore **Senior Residence s.r.l.**
Via G. Servais, 80 10146 TORINO

Scheda numero (Codice ospite.progress)

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE RESIDENZIALE del sig. / sig.ra

Cognome		Nome	
Tutore Delegato		rapporto	

1) Informazioni riferite:

direttamente **si** **no** | Tramite ...

2) Provenienza

Nome altra struttura | Altro/casa ... | O solo O con coniuge | O con figli O altro

3) Dati sociali

Coniugato | Vedovo ... | Celibe/Nubile

4) Nel caso di progetto residenziale, in struttura per inserimento:

Tipologia inserimento		Altro ...	
Progetto redatto da:		Valutazione	

5) E' stato reso partecipe della decisione di inserimento?:

SI: esprime consenso | Se NO

6) Disponibilità della rete parentale / amicale

	SI	NO	specificare chi
Ospitalità per brevi periodi			
Accompagnamento a visite			
Accompagnamento ad attività/presenza in struttura			
Altro			

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

8) Interessi, hobbies

9) Grado di istruzione | **Attività lavorativa svolta**

10) Deficit sensoriali - visivi | **Deficit sensoriali - uditivi**

11) Indicazioni per il primo periodo di permanenza nella residenza (SI/NO)

Va d'accordo con la maggioranza delle persone		Ha rapporti privilegiati con singole persone	
Ha rapporti privilegiati con un gruppo di persone		Sta volentieri da solo/a	
Intende partecipare alle attività		Altro	

Residenza Sanitaria Assistenziale Torino	SENIOR RESIDENCE **CARTELLA ACCOGLIENZA PAI INGRESSO**	Cod. DSA 10
		Rev. 03
		Pagina 2 di 2

12) Segnalare i problemi emersi nel colloquio, ed i relativi interventi assistenziali da attuare nella prima fase

			Osservazioni / Prescrizioni della Direzione Sanitaria
Deambulazione autonoma	Si	No	
E' in carrozzina	Si	No	
Allettato	Si	No	
Necessita di presidi	Si	No	
Rischio cadute	Si	No	
Necessita di aiuto per mangiare	Si	No	
Dieta	Si	No	
Ha il sondino NG o PEG	Si	No	
Necessita di aiuto per vestirsi	Si	No	
Necessita di aiuto per lavarsi	Si	No	
È incontinente urinario	Si	No	
È incontinente fecale	Si	No	
Stato psicofisico			
Ha difficoltà di comunicazione	Si	No	
Dimentica i fatti	Si	No	
Ha problemi di demenza/alzheimer	Si	No	
Tende a scappare	Si	No	
Atteggiamenti anticonservativi	Si	No	
Allergie e intolleranze			
Varie sanitarie			

13) Tipi di presidio da utilizzare

Letto alzheimer			Carrozzina		
Sponde			Cintura di sicurezza		
Trapezio			Comoda per W.C.		
Materasso antidecubito			Deambulatore		
Cuscino antidecubito			Sollevapersona		
Altro			altro		

14) Posture

15) Referenti

Altre figure coinvolte nella predisposizione del Piano Assistenziale Individuale **P.A.I. Ingresso**	**CS/IP**		Le informazioni sopra riferite sono state segnalate da Ospite / Tutore / Delegato e sottoscritte per conferma e completezza
	FT		
	PS		
	Tutor		
Camera assegnata		Valutazioni effettuate il	
Referente del Piano Assistenziale Individuale **Dr.ssa M. D'Agata,** Direttore Sanitario			

Redatta ai sensi della D.G.R. 42/2008

2.3 Scale di valutazione ex D.G.R. 42/2012

Residenza Sanitaria Assistenziale Torino	SENIOR RESIDENCE **VALUTAZIONE OSPITE**	Cod. DSA 39 Rev. 01 Pagina 1 di 1

DEFINIZIONE DELLA INTENSITA' ASSISTENZIALE RESIDENZIALE

Effettuata ai sensi della D.G.R. 30 luglio 2012 n° 45-4248

(Modulo C1 – Definizione dell'Intensità Assistenziale residenziale)

Spett.le U.V.G. A.S.L.

Ospite sig./ra

	Valutazione	Punteggio
Punteggio A.D.L. (funzione + mobilità)		
Punteggio S.P.M.S.Q.		
Punteggio DISCO		
Punteggio D.M.I.		
Totale		

Motivazioni

Incrementi assistenziali - motivazioni

Torino li … / … / …..

Il Direttore Sanitario
(dr.ssa M. D'Agata)

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata in base a rigidi schemi predefiniti, quali quelli desunti dall'applicazione solamente di test e scale di valutazione, in quanto questi ultimi sono strumenti di sostegno alla valutazione clinico-diagnostica della ricaduta funzionale della cronicità.

L'Unità di Valutazione Geriatria ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, in quelle situazioni in cui si ravvisano palesi elementi di raggiunta stabilità o presunta evoluzione di criticità, qualora la reputi necessaria e precisandone le motivazioni

	5	6	7 - 8	9	10 - 11	12
	Bassa Intensità	Medio Bassa	Media Intensità	Medio Alta	Alta Intensità	Alto livello incrementato
Esito						

Senior Residence s.r.l.
Via G. Servais, 80 • 10146 Torino • tel. 011-7720500 (r.a.) • fax 011-7720505 • info@seniorresidence.it • www.seniorresidence.it

2.4 Livelli assistenziali ex D.G.R. 45/2012

Tabella 1 — Livelli assistenziali

I requisiti indicati nella presente tabella, unitamente a quelli individuati dalla DGR 25-12129 del 14 settembre 2009, sono i parametri essenziali ai fini dell'accreditamento e del conseguente accordo contrattuale

Modello organizzativo per l'assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria per anziani non autosufficenti

Fasce assistenziali (intensità prestazioni erogate)	Livelli di complessità assistenziale Standard ass.li *(riferimento: strutture in regime definitivo 72 p.l.complessivi, con nuclei 20 p.l. + 4 p.a.)* [2]				
	Tipologia di utenza [2]	Tipologia progetto e bisogno [2]	Parametri ass.li di tipo sanitari (minuti/giorno/ut.) (1)	Parametri ass.li di tipo tutelare (minuti/giorno/ut.) (1)	Assistenza specialistica
Alzheimer e altre demenze (N.A.T.)	Demenze di grado elevato con importante compromissione delle condizioni psico-fisiche; gravi disturbi comportamentali e/o problemi sanitari/assistenziali di elevata complessità che necessitano di un intervento socio-riabilitativo intensivo.	Progetto a tempo definito, previa diagnosi di demenza accertata, sulla base di valutazioni clinico-assistenziali relative alla severità dei disturbi comportamentali. Progetto soggetto a revisione bimestrale o a cadenza diversa, sulla base di quanto stabilito dall'U.V.G..	39' (Assistenza infermieristica, riabilitazione/mantenimento psico-fisico)	210' (Assistenza tutelare)	Garantita dall'A.S.L., secondo le necessità cliniche individuate nel progetto individuale. Nel N.A.T. integrata dal Medico Responsabile e Psicologo come specificato nell'allegato 3
Alta Livello Incrementato (punteggio 12)	Non-autosufficienza di alto grado con necessità assistenziali e sanitarie elevate (ad es. condizioni cliniche instabili e/o frequenti riacutizzazioni, decubiti di stadio >=3). Demenza con alterazioni comportamentali limitate a tentativi di fuga con necessità di alta sorveglianza o di ambiente protetto. Alimentazione enterale (PEG)	Frequente intervento medico, bisogno infermieristico di grado elevato, interventi specialistici per patologie scompensate. Rivalutazione del progetto in funzione della stabilizzazione del quadro clinic e comunque secondo la tempistica definita dal progetto predisposto U.V.G..	46' (Ass.infermieristica, riabilitazione psico-fisica: in base alle specif necessità, da individuarsi nel progetto individuale)	134' (Assistenza tutelare)	
Alta (punteggio 10/11)	Polipatologie di diversa natura e gravità con elevato livello di non autosufficienza, ad alto rischio di scompenso e/o complicazioni; deficit cognitivo di grado variabile (anche di grado severo), associati o meno ad alterazioni comportamentali anche di grado elevato (A.DI.Co 2), tranne che per tentativi di fuga e problematiche richiedenti ricovero in nucleo protetto. Decubiti fino allo stadio 3. Alimentazione enterale (PEG).	Bisogni sanitari di medio/alta complessità associati a bisogni assistenziali di alta intensità	30' (Ass.infermieristica, riabilitazione/mantenimento psico-fisico)	120' (Assistenza tutelare)	
Medio-alta (punteggio 9)	Patologie cronico degenerative con compromissione dell'autonomia di grado medio, associate o meno a deficit cognitivi e alterazioni comportamentali di grado lieve/moderato (< 2 all'A.DI.Co). In tale fascia assistenziale possono essere ricompresi quei pazienti con bisogni assistenziali analoghi a quelli sopra indicati ma che necessitano di interventi sanitari e assistenziali di livello meno elevato. Alimentazione enterale (PEG).	Marcata necessità di assistenza nelle attività di vita quotidiana per deficit motori o cognitivi senza rilevanti disturbi del comportamento. Necessità di programmi di attività fisica mirata/attivazione motoria, volti a mantenere le capacità residue in pazienti con esiti stabilizzati di patologie invalidanti (ad es.: ictus, frattura di femore, ecc).	25' (Ass.infermieristica, riabilitazione/mantenimento psico-fisico)	105' (Assistenza tutelare)	
Media (punteggio 7/8)	Polipatologie a carattere cronico-degenerativo, moderatamente stabili da un punto di vista clinico, associate a deficit di autonomia funzionale di grado medio e a un eventuale deterioramento cognitivo di grado variabile con lievi disturbi del comportamento (< 2 all'A.DI.Co).	Bisogni sanitari di moderata complessità e bisogni assistenziali di media intensità.	18' (Ass.infermieristica, riabilitazione/mantenimento psico-fisico)	87' (Assistenza tutelare)	
Medio-bassa (punteggio 6)	Modesta perdita dell'autonomia nella deambulazione e/o nell'uso degli ausili; modesta compromissione cognitiva (stati di confusione, irrequietezza) senza disturbi comportamentali. Limitazione dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana, per le quali sono richiesti interventi assistenziali di supporto e di stimolo e protezione, finalizzati precipuamente a conservare le capacità funzionali residue (2 al DMI).	Supporto nelle attività della vita quotidiana compromesse, tentativo di recupero e prevenzione dell'ulteriore perdita di autosufficienza. Intervento sanitario finalizzato alla gestione delle patologie croniche.	13' (Ass.infermieristica, riabilitazione/mantenimento psico-fisico)	82' (Assistenza tutelare)	
Bassa (punteggio 5)	Parziale perdita di autonomia funzionale e/o motoria, con declino cognitivo lieve (>=1 al DMI).	Progetto individuale volto alla supervisione nelle attività di base della vita quotidiana per il mantenimento dell'autonomia funzionale residua e prevenzione del declino funzionale-cognitivo.	8' (Ass.infermieristica, riabilitazione/mantenimento psico-fisico)	72' (Assistenza tutelare)	
C.D.I. - C.D.I.A. capienza 20 utenti (apertura minima 5 gg sett/10 ore die)	Anziani parzialmente non autosufficienti che necessitano di prestazioni di carattere assistenziale, relazionale e sanitario che non possono più essere soddisfatte interamente dal nucleo familiare o dai servizi domiciliari, ma per i quali risulta improprio o prematuro il ricovero in un servizio assistenziale residenziale.	Tutela della salute e del benessere della persona anziana, al fine di mantenere e recuperarne l'autonomia e favorirne il mantenimento nel proprio contesto abitativo, familiare e relazionale. Migliorare e sviluppare le capacità residue degli anziani, stimolandone gli interessi per renderli il più possibile attivi e partecipi alla vita sociale.	22' (Coordinamento e Ass. Infermieristica)	64' (Assistenza tutelare)	
C.D.A.A./C.D.A.I. - capienza 20 utenti (previsione d'apertura 6 orarie)	Soggetti affetti da morbo di Alzheimer o altre forme di demenza, con diagnosi accertata	Miglioramento della qualità della vita della persona e dei suoi famigliari, con la conseguente riduzione del ricorso all'istituzionalizzazione o, almeno, un suo allontanamento nel tempo.	5' Medico responsabile 2' Psicologo 23' (Ass.infermieristica - riabilitazione/mantenimento psico-fisico)	82' (Assistenza tutelare)	

Attività di animazione: viene garantita attraverso le figure professionali dell'animatore professionale, del terapista occupazionale, dell'educatore professionale o altre figure professionali dell'area della riabilitazione e/o altre specializzazioni (es. musicoterapia, teatroterapia, ecc.) che possono essere ultimate impiegate al fini del raggiungimento degli obiettivi assistenziali prefissati nei progetti assistenziali, per un totale complessivo di 18 ore settimanali e deve essere calibrata sulle peculiarità della fascia di intensità.

(1) I parametri assistenziali indicati sono da considerare come standard minimo da garantire complessivamente e vengono articolati nell'ambito del P.A.I., in relazione agli specifici e diversificati bisogni delle singole persone.

(2) Il percorso di continuità assistenziale deve far riferimento alle fasce assistenziali residenziali indicate a partire dalla media intensità e superiori e le tariffe a carico dell'utente si applicano secondo le indicazioni riportate nell'Allegato 1 del presente provvedimento.

(3) La PEG può essere gestita nell'ambito della fascia medio-alta e superiori.

2.5 PAI "iniziale" documento D.S.A. 24

Residenza Sanitaria Assistenziale Torino	SENIOR RESIDENCE **Piano di Assistenza Individuale** **PAI INIZIALE**	Cod. DSA 24 Rev. 00 Pagina 1 di 1

Cognome Nome P.A.I. n° _____

Camera Codice Tutore

Elementi di pianificazione della progettazione

Sfera Fisica	Sfera Psichica	Sfera Relazionale
Contenzione	X Stato cognitivo	X Relazioni Interpersonali
X Continenza	O Agitazione	X Attività di gruppo
O Alimentazione	O Aggressività	X Espressione individuale
X Mobilizzazione	X Memoria	X Volontariato
X Igiene personale	O	O
X Abbigliamento	O	O
O	O	O
O	O	O

Per emissione e controllo
(Il Direttore Sanitario)
dr.....

.....

Elementi in ingresso alla progettazione

oggetto	provenienza	Data	relatore
Relazione U.V.G./H /O			
Valutaz. multidimensionale			
Relazione medico curante			
Cartella accoglienza DSA 10			

Per riesame
(Il Direttore Sanitario)
dr. .....

.....

Senior Residence s.r.l.
Via G. Servais, 80 • 10146 Torino • tel. 011-7720500 (r.a.) • fax 011-7720505 • info@seniorresidence.it • www.seniorresidence.it

Sul P.A.I. Iniziale sono riportati gli elementi in ingresso di provenienza esterna, che uniti agli elementi di valutazione interna base, sono utili alla definizione del progetto assistenziale

2.6 PAI "in progress" documento D.S.A. 22_03

.

Residenza Sanitaria Assistenziale Torino	**Piano di Assistenza Individuale** **PAI "in progress"**	Cod. DSA 22 Rev. 03

Cognome Nome	Data	Progr.

Elementi di Pianificazione della Progettazione

Sfera Fisica	Sfera Psichica	Sfera Relazionale
O Contenzione	O Stato cognitivo	O Relazioni interpersonali
O Continenza	O Agitazione	O Attività di gruppo
O Alimentazione	O Aggressività	O Espressione individuale
O Mobilizzazione	O Memoria	O Volontariato
O Igiene personale	O DSA 47 – A.Di.Co	O
O Abbigliamento	O DSA 25 – S.P.M.S.Q.	O
O DSA 17 – Barthel		O
O DSA 48 – D.M.I.		

Elementi in ingresso alla Progettazione

oggetto	provenienza	Data	relatore
Comunicazione interna		. . . . / . . . . / . . .	
Comunicazione interna		. . . . / . . . . / . . .	
Indicazioni Medico Curante		. . . . / . . . . / . . .	
Osservazioni equipe	UVI	. . . . / . . . . / . . .	
		. . . . / . . . . / . . .	

per riesame la Dir. San. (dr.ssa D'Agata)

Considerate le condizioni generali dell'ospite, non si prevedono variazioni nelle funzioni assistenziali e nel PAI, e la nuova scadenza viene prevista al ...../ .... / .....

Per emissione e controllo (la DSA) dr.ssa M. D'Agata

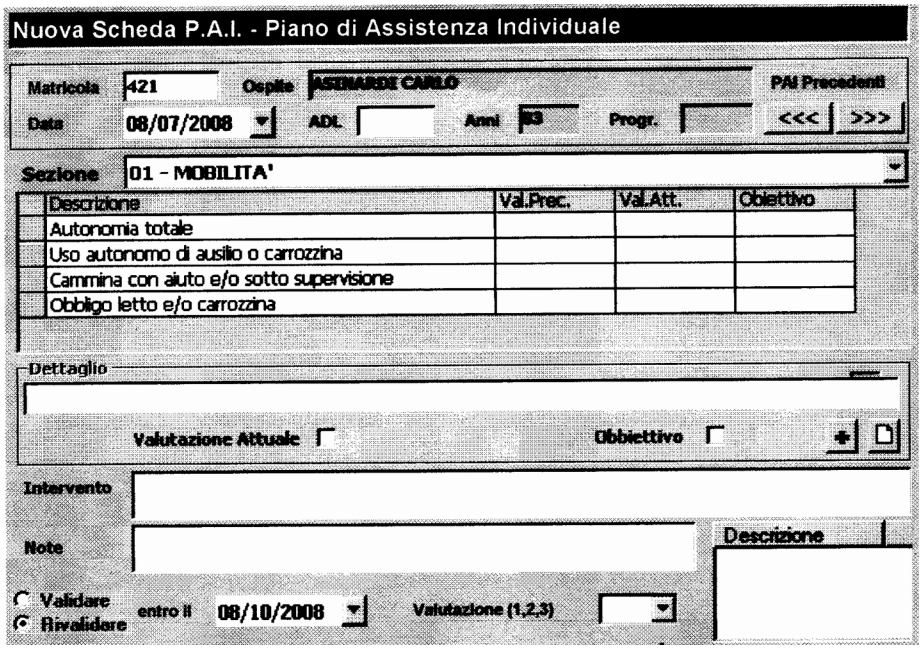
Sul P.A.I. In Progress sono riportati gli elementi in ingresso di provenienza esterna ed interna utili alla definizione del progetto assistenziale

3. METODOLOGIE E STRUMENTI DI REALIZZAZIONE

3.1 Scheda PAI – DSA 07

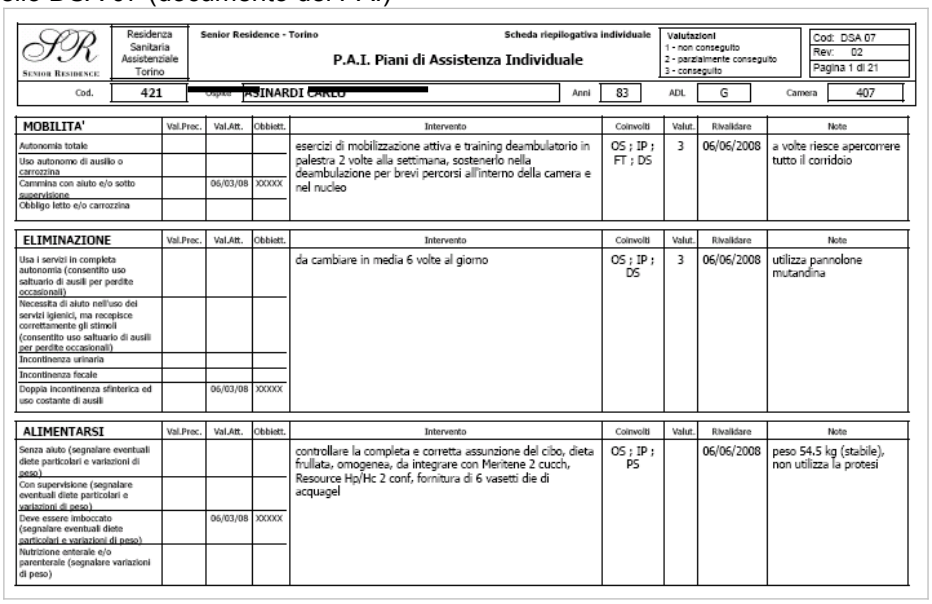
Sulla base di quanto indicato al punto 2.1.1, viene elaborato il documento del Piano di Assistenza Individuale DSA 07, mediante inserimento dei dati progettuali nella schermata

3.1.1 Modello della schermata di inserimento dei dati



il sistema informatico permette la elaborazione dei PAI, come da modello

3.1.2 Modello DSA 07 (documento del PAI)



SENIOR RESIDENCE

Residenza Sanitaria Assistenziale Torino — Senior Residence - Torino — Scheda riepilogativa individuale

P.A.I. Piani di Assistenza Individuale

Valutazioni: 1 - non conseguito; 2 - parzialmente conseguito; 3 - conseguito

Cod: DSA 07 | Rev: 02 | Pagina 1 di 21

Cod. 421 | Ospite [redacted] | Anni 83 | ADL G | Camera 407

MOBILITA'	Val.Prec.	Val.Att.	Obbiett.	Intervento	Coinvolti	Valut.	Rivalidare	Note
Autonomia totale				esercizi di mobilizzazione attiva e training deambulatorio in palestra 2 volte alla settimana, sostenerlo nella deambulazione per brevi percorsi all'interno della camera e nel nucleo	OS ; IP ; FT ; DS	3	06/06/2008	a volte riesce apercorrere tutto il corridoio
Uso autonomo di ausilio o carrozzina								
Cammina con aiuto e/o sotto supervisione		06/03/08	XXXXX					
Obbligo letto e/o carrozzina								

ELIMINAZIONE	Val.Prec.	Val.Att.	Obbiett.	Intervento	Coinvolti	Valut.	Rivalidare	Note
Usa i servizi in completa autonomia (consentito uso saltuario di ausili per perdite occasionali)				da cambiare in media 6 volte al giorno	OS ; IP ; DS	3	06/06/2008	utilizza pannolone mutandina
Necessita di aiuto nell'uso dei servizi igienici, ma recepisce correttamente gli stimoli (consentito uso saltuario di ausili per perdite occasionali)								
Incontinenza urinaria								
Incontinenza fecale								
Doppia incontinenza sfinterica ed uso costante di ausili		06/03/08	XXXXX					

ALIMENTARSI	Val.Prec.	Val.Att.	Obbiett.	Intervento	Coinvolti	Valut.	Rivalidare	Note
Senza aiuto (segnalare eventuali diete particolari e variazioni di peso)				controllare la completa e corretta assunzione del cibo, dieta frullata, omogenea, da integrare con Meritene 2 cucch, Resource Hp/Hc 2 conf, fornitura di 6 vasetti die di acquagel	OS ; IP ; PS		06/06/2008	peso 54,5 kg (stabile), non utilizza la protesi
Con supervisione (segnalare eventuali diete particolari e variazioni di peso)								
Deve essere imboccato (segnalare eventuali diete particolari e variazioni di peso)		06/03/08	XXXXX					
Nutrizione enterale e/o parenterale (segnalare variazioni di peso)								

3.2 Modalità di gestione del documento

3.2.1 Fase di ingresso (PAI iniziale)

In questa fase la U.V.I. costituita da:

- Medico Direttore Sanitario
- I.P. Capo Sala
- Fisioterapista

Sulla base delle indicazioni fornita dalla UVG e della valutazione multidimensionale dell'ospite elabora il primo Piano di Assistenza Individuale (elementi di ingresso).

I documenti sono registrati nel PAI e riesaminati per evitare incongruenze

Il PAI iniziale dovrà contenere le seguenti indicazioni:

- Autosufficienza dell'ospite (ADL) e funzioni nelle quali necessita di aiuto, eventuali modalità specifiche nell'erogazione dell'assistenza
- Aree per le quali è necessario un periodo di osservazione più prolungato da parte degli operatori socio-sanitari
- Indicazioni specifiche qualora si configuri un rischio di caduta (precauzioni da adottare nella movimentazione, utilizzo di ausili, necessità di contenzione fisica)
- Indicazioni specifiche qualora siano presenti ulcere da pressione o si configuri un elevato rischio
- Indicazioni relative alla necessità di esercizi di riorientamento o di approcci alla persona con modalità particolari
- Indicazioni sulle possibilità e le modalità di intervento sulla capacità relazionali e di partecipazione alle attività di gruppo

3.2.1 Fase di evoluzione

In questa fase la la U.V.I. costituita da:

- Direttore Generale (facoltativo)
- Medico Direttore Sanitario (responsabile)
- I.P. Capo Sala
- Fisioterapista
- Psicologo
- Referente servizi socio assistenziali
- OSS Responsabili di Nucleo
- Infermiera Professionale di turno
- ADEST/OSS del piano
- Medico di fiducia dell'Ospite (facoltativo)
- Delegato dell'Ospite (facoltativo)

Nel corso della riunione i diversi soggetti che operano sulla persona riporteranno le loro osservazioni in merito alle:

- condizioni e caratteristiche dell'ospite
- evoluzione delle condizioni psicofisiche della persona

e daranno i loro suggerimenti, in base alle specifiche competenze, per eventuali variazioni delle indicazioni presenti nel PAI precedente, al fine di migliorare la condizione di vita socio sanitaria della persona.

Allo scadere dei 3 mesi, ciascun PAI è rivisto da DSA che ne conferma o posticipa la scadenza (entro 3 mesi per i progetti a breve termine, entro 6 se a medio ed entro 12 per i progetti a lungo termine) in conformità alla normativa regionale di riferimento. L'evidenza del posticipo è garantita nel documento "PAI in progress" relativo al PAI oggetto di analisi.

Nel corso della validazione sono considerate le azioni decise nel PAI ed il loro grado di raggiungimento. In caso di conferma dell'assistenza pianificata, il PAI è aggiornato con la data della verifica e la nuova data di scadenza.

In caso di modifica del tipo di assistenza, la Direzione Sanitaria emette un nuovo PAI e ne distribuisce copia agli operatori.

Le modifiche approvate comportano l'emissione di un muovo PAI verificato e riesaminato dalla Direzione Sanitaria ed entra in vigore immediatamente.

3.2.2 Sospensione del P.A.I.

Il PAI viene sospeso a seguito di:

- Ricovero ospedaliero

Al rientro in struttura, il Direttore Sanitario, esaminata la Scheda di Dimissione dall'ospedale, deciderà se:

- Validare il P.A.I. precedente
- Procedere alla redazione di un Piano di Assistenza Individuale aggiornato alle nuove condizioni psicofisiche

3.2.3 Chiusura del PAI

Il PAI è chiuso a seguito delle seguenti circostanze:

- Decesso dell'ospite
- Dimissione dell'ospite

La data di chiusura è registrata nella cartella Clinica DSA 06

3.3 Caratteristiche operative del P.A.I.

3.3.1 Cosa è il P.A.I.

Il P.A.I. rappresenta una rilevazione periodica delle condizioni della persona, e contiene gli obbiettivi assistenziali nei riguardi dell'ospite.

3.3.2 Documenti allegati

Fanno parte integrante del P.A.I. i documenti:

- DSA 04 contenzioni/sicurezze
- INF 17 diete alimentari

I 2 documenti sopracitati documentano e certificano la evoluzione delle prescrizioni assistenziali, e, si sostituiscono alle indicazioni contenute nel P.A.I., rappresentandone l'aggiornamento, senza che lo stesso debba essere modificato.

3.4 Responsabilità

3.4.1 Direttore Sanitario che:

- coordina il PAI e lo trasmette:
  - alla responsabile dei Servizi Assistenziali dell'appaltatore
  - al Servizio di Riabilitazione Fisica (accesso diretto via rete informatica)
  - al Servizio di Riabilitazione Psichica (accesso diretto via rete informatica)
  - al Servizio Infermieristico (accesso diretto via informatica)
- programma le revisioni
- provvede ad inserire una copia del PAI nella Cartella Clinica dell'ospite
- provvede a custodire l'elenco storico dei PAI su supporto informatico nel software "PCCAR".

3.4.2 Referente servizi S.A. dell'Appaltatore che:

- Trasmette il P.A.I. alle operatrici dei nuclei interessati
- Redige il documento attestante la partecipazione di Oss alla discussione del P.A.I:

3.5 Controlli

- Direttore Sanitario
- Direttore Generale

3.6 Programma mensile PAI

3.6.1 Viene elaborato da:

- Psicologa referente del PAI, con la collaborazione della Direzione Sanitaria

3.6.2 Metodologie strumenti di realizzazione

3.6.2.1 (Modello DSA 08 (Riepilogo PAI)

Residenza Sanitaria Assistenziale Torino	SENIOR RESIDENCE **Programma mensile PAI**	codice DSA 45 Revisione 00

D.G.R. 10/3/2008 n°42-8390

Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica e Linee Guida del Piano Assistenziale Individuale. Modifica e integrazione alla D.G.R. 17-15226/2005

Il Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) è la trasposizione del Progetto (personalizzato di assistenza) e viene elaborato dall''equipe che prende in carico la persona. Esso, a partire dal progetto redatto dalla U.V.G. (Unità di Valutazione Geriatrica della A.S.L.) 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 obbiettivi
- Gli strumenti individuati per la gestione e definizione 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.

mese di **novembre-10**

	18-nov		18-nov		25-nov		30-nov			
nucleo		parente		parente		parente		parente		parente
	Ospite		Ospite		Ospite		Ospite		Ospite	
14,10	Ingrillì		Ingrillì		Ingrillì		Ingrillì			
14,12	ef		ef		ef		ef			
14,15	Ingrillì		Ingrillì		Ingrillì		Ingrillì			
14,30	rjy		rjy		er	x	j			
14,45	hqet		hqet		hqet		hqet			
15,00	qhe		qhe		qhe		qhe			
15,15	qeh		qeh		qeh		qeh			
					frr					
			PAI effettuati nel mese		57					
			Parenti intervenuti nel mese		5					

i parenti che desiderano partecipare sono pregati di apporre una X vicino al nome dell'ospite

Torino li

PAI confermati e non non discussi salvo variazioni nelle condizioni dell'Ospite

la psicologa referente del PAI

3.6.3 Modalità di compilazione preliminare del documento

- Il referente preleva i dati da DSA 08 e dalle richieste di revisione avanzate dalle Tutor

3.6.4 Modalità di gestione del documento

Il documento riporta:

- La data e l'ora prevista per il PAI
- La presenza prevista del parente/delegato

3.6.5 Responsabilità

- Psicologo referente del PAI

3.6.6 Controlli

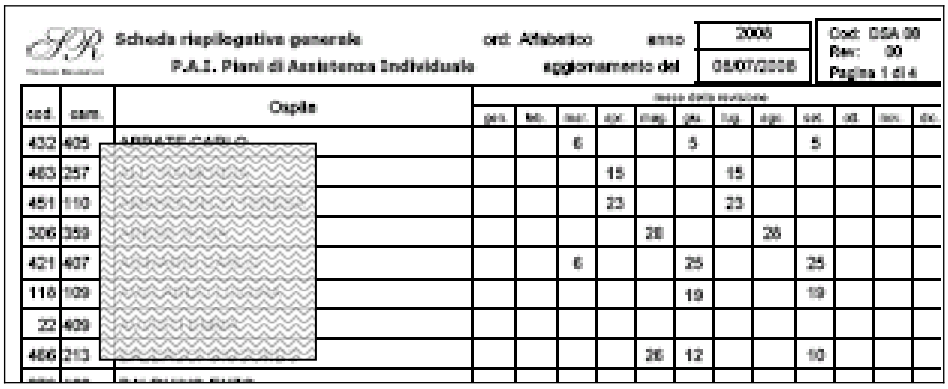
- Direttore Sanitario
- Direttore Generale

3.7 Registro di controllo della frequenza temporale dei PAI

3.7.1 Viene elaborato da:
- Direttore Sanitario

3.7.2 Metodologie strumenti di realizzazione

3.7.2.1 (Modello DSA 08 (Riepilogo PAI)



Scheda riepilogativa generale — ord. Alfabetico — anno 2008
P.A.I. Piani di Assistenza Individuale — aggiornamento del 08/07/2008
Cod. DSA 08 Rev. 00 Pagina 1 di 4

cod.	cam.	Ospite	gen.	feb.	mar.	apr.	mag.	giu.	lug.	ago.	set.	ott.	nov.	dic.
432	405	ABBATE CARLO			6			5			5			
463	257					15			15					
451	110					23			23					
306	359						28			28				
421	407				6			25			25			
116	109							19			19			
22	409													
466	213						26	12			10			

3.7.3 Modalità di compilazione preliminare del documento
- Il software preleva i dati dal documento di cui al punto 2.1

3.7.4 Modalità di gestione del documento

Il software, in automatico, permette di tenere sotto controllo i tempi di elaborazione dei PAI, e riporta:
- La data di elaborazione dei singoli PAI (in grassetto)
- La data prevista per le successive valutazioni

Qualora DSA decidesse di posticipare la scadenza di un PAI, ne annoterebbe gli estremi nello scadenziario stesso.

3.7.5 Responsabilità
- Direttore Sanitario

3.7.6 Controlli
- Direttore Sanitario
- Direttore Generale

3.8 Condivisione dei PAI

3.8.1 Responsabilità

- Direttore Sanitario

3.8.2 Metodologie strumenti di realizzazione

Al termine della stesura del PAI relativo ad un ospite, il documento controfirmato dalla Direzione sanitaria è trasmesso per conoscenza e condivisione a:

- Ospite (se in grado di comprenderne contenuti e finalità);
- Tutore o Delegato (persona di riferimento indicata al momento dell'inserimento dell'ospite in struttura);
- Altra persona di riferimento indicata nella documentazione di ingresso.

La consegna può avvenire attraverso documento cartaceo o informatico via mail. Gli invii sono registrati in un apposito documento gestito dall'URP.

L'evidenza della consegna del documento su supporto cartaceo è assicurata dalla firma per ricevuta da parte del ricevente, la consegna informatica è supportata dalla ricevuta di lettura della mail inviata.

4. ATTIVITA' SVOLTE DALL'APPALTATORE DEI SERVIZI

4.1 Attività

4.1.1 Partecipazione dei lavoratori dell'appaltatore alle riunioni di equipe.

4.1.2 Presentazione e messa a disposizione della equipe delle schede di monitoraggio:

- DSA 17 Scheda A.D.L. (Index of Independence in Activities of Daily Living
- INF 22 Programma posture
- INF 24 Programma ausili incontinenza
- INF 25 Controllo evacuazione
- INF 27 Bagni e spugnature
- INF 28 Controllo peso ospiti
- INF 30 Controllo diuresi
- URP 29 Consegne OSS

4.2 Pianificazione della attività

4.2.1 La attività è pianificata con:

- Piano di Assistenza Individuale DSA 07

4.3 Realizzazione delle attività

4.3.1 La attività è realizzata a mezzo:

- Attuazione delle disposizioni del PR 22 – Modalità Operative

5. NON CONFORMITA'

Se la Responsabile DSA o la Responsabile della Qualità di Senior Residence rilevano non conformità alla presente procedura o fatti che richiedono azioni correttive o preventive o ancora fatti che ritengono opportuno segnalare per predisporre adeguati interventi, riportano gli estremi della Non Conformità, se minore, sul registro Non Conformità RGQ 01 relativo alla macroarea DSA.

Se la Non Conformità e di tipologia Maggiore è emesso un Rapporto di Non Conformità, RGQ 02, che descrive e gestisce adeguatamente la non conformità rilevata. Anche in questo caso è aggiornato il Registro Non Conformità RGQ 01.

data	Emissione	Controllo	Approvazione
31/12/2021	DSA	DSA/DGE	DGE