



Centro Monteoliveto

“Casa dell’Eziario”



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

7° CONVEGNO
NAZIONALE
SUI CENTRI
DIURNI
ALZHEIMER

Pistoia

10 - 11 Giugno 2016

Auditorium
Via Panconi, 14

**Come si fa un
piano assistenziale
individualizzato
(PAI) ?**

**Andrea Fabbo
Marina Turci**

**Programma Demenze
Dipartimento Cure Primarie**

Piano assistenziale individuale : che cos'è

Pianificazione degli interventi che l'equipe dovrà realizzare rispetto ai bisogni di una persona

Il PAI 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).

Pai: che cos'è?

Il PAI è a tutti gli effetti un progetto quindi

è **UNICO** per ogni persona

ha una **durata limitata** nel tempo

può essere adeguato e modificato in rapporto ai
bisogni

Tuttavia...

- Sebbene sia requisito fondamentale per misurare l'esistenza di un PAI che esista il documento cartaceo o informatico redatto...
-è errore frequente identificare il PAI con il documento che ne porta il nome sperando che "*magicamente*" il PAI da documento "*nero su bianco*" si traduca in realtà

La valutazione dei bisogni della persona



MASLOW'S

La gerarchia dei
bisogni



Moralità, creatività,
spontaneità, assenza di
pregiudizi,

Autorealizzazione

Abraham Harold Maslow (April 1, 1908 - June 8, 1970) was a psychologist who studied positive human qualities and the lives of exemplary people. In 1954, Maslow created the Hierarchy of Human Needs and expressed his theories in his book, *Self and Personality*.

ABRAHAM
MASLOW

Autostima (dignità, cura, di sè, abbigliamento...), rispetto,
riconoscimento



Stima



Amicizia, affetto, intimità sessuale,
SEXUAL INTIMACY

Appartenenza/affetto



her full potential. As shown
in Maslow's Hierarchy of
Needs, a person's basic
needs must be met
before self-actualiza-
tion can be
achieved.

Sicurezza fisica (, libero da cadute evitabili, libero da lesioni da decubito libero da
trattamenti inutili, libero da situazioni pericolose , libero da ingestioni evitabili,
prescritto di trattamenti adeguati, ...), morale (da abusi e maltrattamenti) ,
economica, familiare, ambientale...

Sicurezza



Respirare, alimentarsi, idratarsi, dormire, evacuare e
urinare, muoversi, essere libero da dolore, sesso ..

Bisogni Fisiologici



Nella valutazione della "gerarchia" dei bisogni spesso ci si ferma ai livelli basali trascurando quelli più alti

Superare il modello della «catena di montaggio» o dell' «autolavaggio»

Come un autolavaggio ?



«Lavando»

«Imboccando»

«Vestendo»

«Portando»

«Curando»

«.....ando»

da M. Pacchioni, Rsa Milanese e
Frosi, Trigolo (CR), 2016

Cosa può accadere all'ingresso in un servizio

La persona con il suo percorso di vita, i suoi problemi e le sue "complessità"

Vs

Organizzazione

Si fa "adeguare" l'anziano all'organizzazione e si **uniformano gli interventi**



Solitudine
Noia
Impotenza
Depersonalizzazione
"Eccesso" di disabilità

Quante storie simili conosciamo ?

“...Antonio ha 80 anni, è entrato da poco in una struttura per anziani ed è stato definito come “wandering”, cioè un camminatore senza meta..I primi tempi non dormiva mai, camminava tutto il giorno e tutta la notte; si riusciva a fargli l’igiene intima solo con la forza, bloccandolo in 4 persone..Non tutti gli operatori accettavano questo lavaggio forzato: “piuttosto resta sporco”...E’ iniziata così la contenzione farmacologica: una fiala di Talofen per potergli fare il bagno. Adesso ogni mattina gli infermieri gli iniettano la sua dose di psicofarmaco “per poterlo gestire”, così dicono, durante la giornata. Dopo meno di un anno di trattamento Antonio trascorre le sue giornate addormentato su una sedia..mangia poco, ha problemi di deglutizione... E’ vero non dà più nessun tipo di problema ma è stato spento....Antonio non è stato contenuto fisicamente perché si sa che i wandering non vanno contenuti ma il trattamento farmacologico è stato forse ancora più devastante..”

Da N. Valentino “Pannoloni Verdi. Dispositivi mortificanti e risorse di sopravvivenza nell’istituzione totale per anziani” ed. Sensibili alle Foglie, 2006

Il PAI ci può aiutare ad evitare questi eccessi ?



il referente del piano assistenziale individuale

- Figura essenziale nella gestione del PAI è il referente del Piano assistenziale individuale
- Il referente del PAI è un operatore che si fa garante nel tempo dell'intero processo assistenziale, svolgendo parte degli interventi , interfacciandosi con l'equipe (medico, infermiere, terapeuta ecc.) e la famiglia

Le tappe del PAI



Raccolta dei dati e delle informazioni riguardanti la persona (= il cliente)

La **storia di vita**

Strumenti validati o schede osservazionali

Tutte le **informazioni** possedute da ciascuna figura professionale **vengono messe in comune**



La **valutazione multidimensionale**, attraverso il contributo di tutti i membri dell'equipe è l'unica modalità che permette di conoscere realmente i bisogni della persona e di realizzare un **PAI concreto**.

ISSN 1591-223X
DOSSIER
236-2013



Valutazione multidimensionale dei percorsi di continuità assistenziale

Gestione sul territorio secondo il *chronic care model*

Pai: cosa non è!

Qualcuno che parla e
gli altri che ascoltano

Pai: cos'è

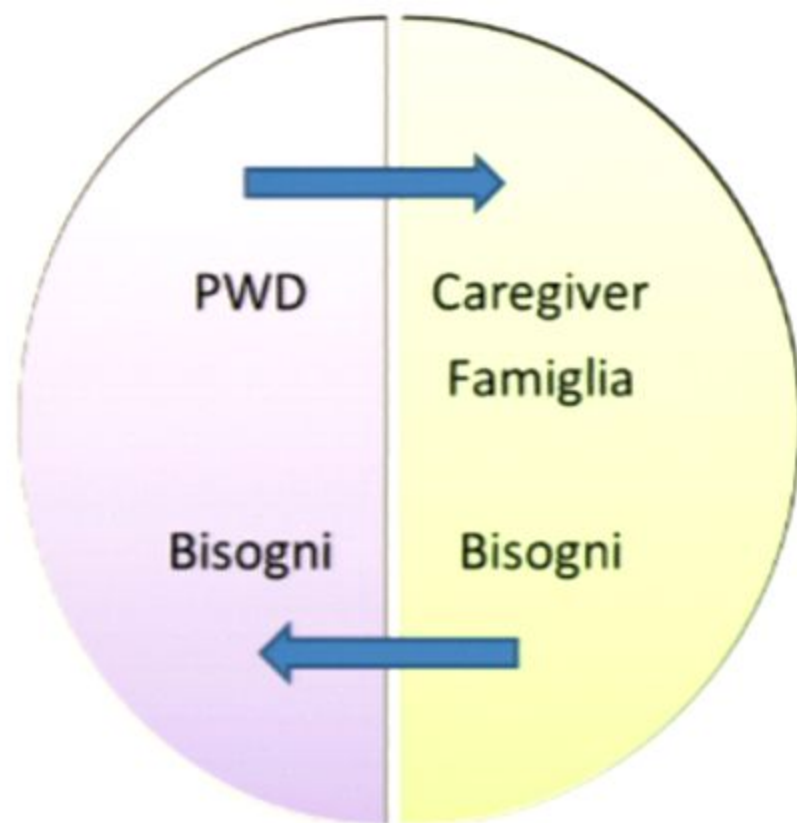


Momento formativo e di confronto



Tipologia di dati raccolti

- Storia individuale
(OSS/animatore/educatore/assistente sociale)
- attività significative
(terapista occupazionale)
- dati sanitari (medico)
- dati infermieristici (infermiere)
- dati cognitivi (medico, psicologo)
- dati motori (fisioterapista)
- dati assistenziali (OSS)
- dati socio-relazionali
(animatore, psicologo)



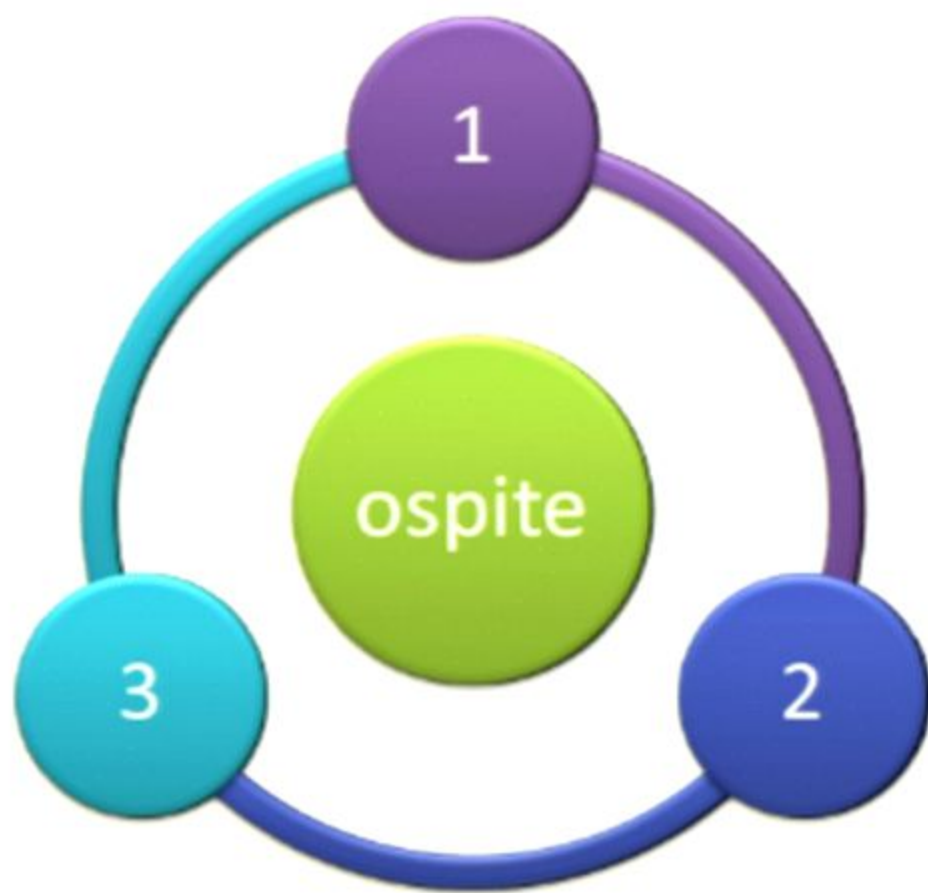
Primo : conoscere la persona

Storia, abitudini, ..bisogni, abilità

- Come inizio la mia giornata
- Come e quando vorrei essere svegliato
- Quale abbigliamento preferisco indossare
- Quale pettinatura mi piace, come tengo le unghie
- Se preferisco il bagno piuttosto che la doccia
- Come mi rilasso e mi preparo per la notte
- Quali attività mi piacciono e quali assolutamente non sopporto
- Le cose che mi piacerebbe avere nella mia stanza
- Quali alimenti gradisco e quali assolutamente no
- Le cose che non sopporto
- Le situazioni che mi fanno preoccupare
- Le cose che mi tranquillizzano
- Le cose che mi fanno ridere
- Il mio credo religioso e il mio modo di praticarlo
- Queste informazioni vengono raccolte dall'assistente sociale entro il primo PAI e devono essere conosciute da tutti gli operatori che andranno ad assistere la persona
-
- Abilità cognitive, funzionali e le problematiche di salute

La conoscenza necessaria per il PAI

Visione Bio-Psico-Sociale



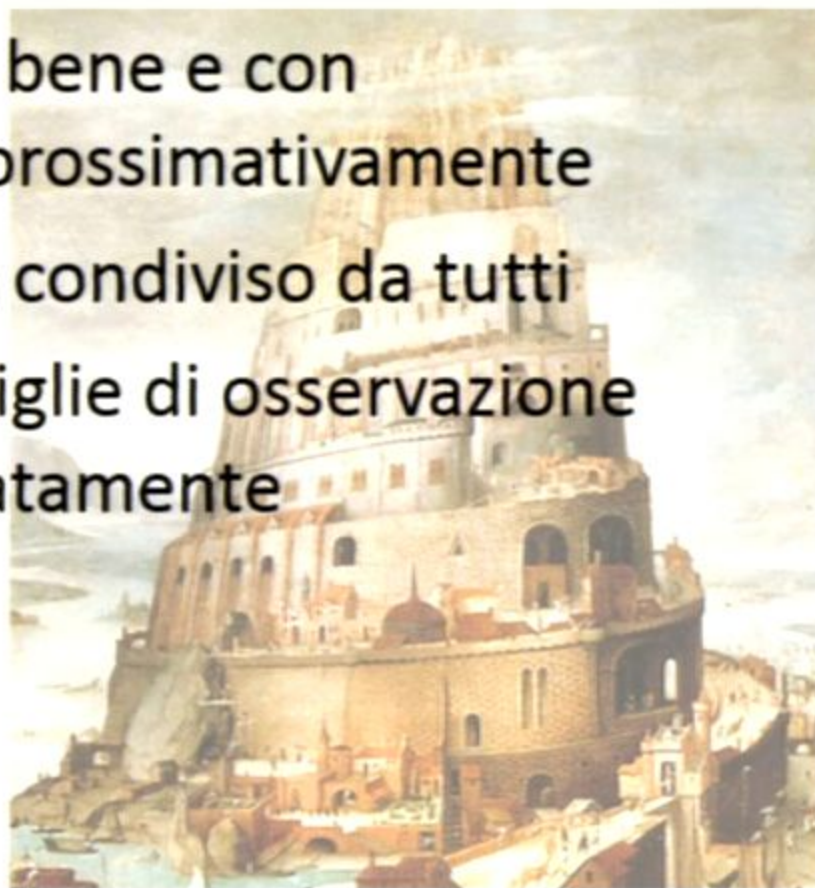
1. Complessità sanitaria: l'ospite può presentare una patologia fisica o mentale ad indice di severità elevato o da polipatologie

2. Complessità assistenziale: il paziente è affetto da problemi fisici o mentali e comportanti di non autonomia nelle varie attività di base e funzionali (mobilità, cura della persona, vita domestica) e necessita di aiuto da parte di altri

3. Complessità "ambientale e sociale": l'ospite può presentare criticità legate al nucleo familiare e/o al caregiver principale con il quale mantiene rapporti affettivi e sociali

Linguaggio comune

- Gli strumenti di valutazione deve essere appropriati e possibilmente validati (i test sono uno strumento oggettivo di confronto in fase di verifica)
- Meglio pochi strumenti compilati bene e con attenzione che tanti compilati approssimativamente
- il linguaggio deve essere chiaro e condiviso da tutti
- Chi somministra test o compila griglie di osservazione deve essere stato formato adeguatamente



Dopo che tutti i dati sono stati esposti dai presenti si procede ad individuare associazioni e relazioni



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.



RAPPORTI CAUSA-EFFETTO

Esempio: la sig.ra Gina

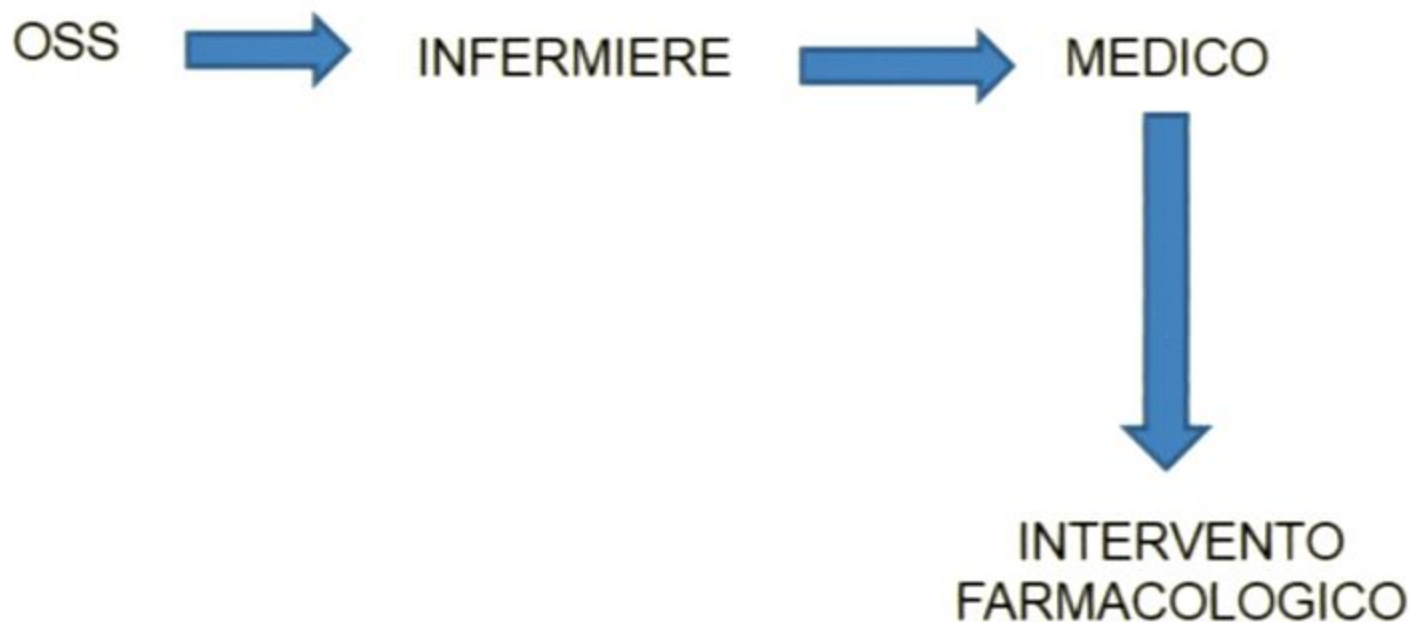
- La sig.ra Gina, demenza vascolare in fase avanzata, è ospite di un servizio per anziani.
- Quando si convoca l'equipe per fare verifica ci si rende conto che un problema prima molto gestibile, i disturbi del comportamento, sono diventati il principale problema della sig.ra e dell'intero centro da almeno un mese.

NPI della sig.ra Gina alla stesura del PAI

N.A.		FREQUENZA (A)	GRAVITÀ (B)	A X B	DISTRESS caregiver
Deliri	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	<u>6</u>	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Allucinazioni	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	<u>4</u>	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Agit/aggress	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	<u>12</u>	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Depressione	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	<u>4</u>	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Ansia	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	<u>12</u>	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Euforia	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	<u> </u>	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Apatia	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	<u>4</u>	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Disinibizione	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	<u> </u>	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Irritabilità	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	<u>9</u>	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Att mot aber	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	<u>4</u>	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Sonno	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	<u>6</u>	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
D.appetito	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	<u>4</u>	[0] [1] [2] [3] [4] [5]

Cosa fare

Una risposta “distratta” e affrettata potrebbe essere quella di contattare il medico di medicina generale e il geriatra ed aumentare gli psicofarmaci



Durante un PAI composto da un equipe multidimensionale...

- Un OSS riferisce che la movimentazione dell'ospite è molto difficoltosa e che si lamenta durante tutta l'operazione
- L'infermiere riferisce che una volta l'ospite ha detto che avvertiva dolore e ha somministrato paracetamolo al bisogno e l'ospite pareva più tranquilla
- Il fisioterapista riferisce che la paziente deambula molto più difficilmente
- A quel punto medico e fisioterapista decidono di sottoporre la pz a RX del rachide che evidenzia schiacciamento vertebrale di L3,L4

- Discutendo insieme si è dunque chiarito che i **disturbi del comportamento** non erano il reale problema bensì la **conseguenza del problema**
- Si è proceduto a fissare gli obiettivi indirizzandoli verso la risoluzione del dolore che, come spesso accade nei malati di demenza grave che non possiedono altri strumenti di comunicazione, si indirizza verso l'agitazione.

NPI della sig.ra Gina alla verifica

N.A.		FREQUENZA (A)	GRAVITÀ (B)	A X B	DISTRESS caregiver
Deliri	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	<u>2</u>	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Allucinazioni	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	<u>4</u>	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Agit/aggress	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	<u>4</u>	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Depressione	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	<u>4</u>	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Ansia	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	<u>6</u>	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Euforia	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	<u> </u>	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Apatia	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	<u>4</u>	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Disinibizione	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	<u> </u>	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Irritabilità	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	<u>4</u>	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Att mot aber	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	<u>4</u>	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
Sonno	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	<u>2</u>	[0] [1] [2] [3] [4] [5]
D.appetito	[]	[0] [1] [2] [3] [4]	[1] [2] [3]	<u>4</u>	[0] [1] [2] [3] [4] [5]

Sulla base dei problemi
si definiscono gli
obiettivi



Gli obiettivi sono la guida, l'orientamento, il perché delle scelte

Indicano la direzione verso la quale vogliamo procedere

Quanti obiettivi?

Un PAI con tanti obiettivi può fare impressione
“sulla carta”

In realtà più di 3 (4) obiettivi si traducono
facilmente in un fallimento

Si rischia di lavorare in modo superficiale e
frammentario su tutti gli obiettivi

Oppure si rischia di focalizzarsi soltanto su alcuni
obiettivi, magari i meno importanti per quella
persona

Quali obiettivi?

Fissare obiettivi alla nostra portata
Non superiori alle nostre possibilità e
a quelle della persona

Ma nemmeno troppo bassi o
addirittura già raggiunti

Per ciascun obiettivo occorre darsi un
indicatore, una misura che ci dica
oggettivamente se l'obiettivo è
stato raggiunto oppure no



Si decidono quindi le azioni e gli interventi utili per il raggiungimento degli obiettivi che ci siamo posti



Per ciascun obiettivo seguiranno **più azioni**



Per ciascuna azione occorre specificare
PER ISCRITTO accuratamente

CHI la fa

QUANDO la fa,

PER QUANTO TEMPO

Per ciascun **obiettivo** ci si darà una data di
verifica

Verificare risorse e obiettivi realizzabili

Tra il dire e il fare...

Tra la fase di pianificazione degli interventi e la fase di verifica risiede la **parte più complessa di un PAI:**

LA SUA REALIZZAZIONE NELLA PRATICA QUOTIDIANA

QUELLO CHE E' SCRITTO DEVE DIVENTARE REALTA'

E' POSSIBILE? COME?

E' più facile se...

- Se il PAI è di per sé stato costruito in modo sintetico, chiaro e concreto
- Se gli obiettivi non sono troppi e irrealizzabili
- Se gli interventi sono stati declinati in modo preciso e si inseriscono nel piano di lavoro
- Se tutti coloro che lavorano con l'utente conoscono obiettivi e azioni e le condividono
- Se il piano di lavoro viene costruito o per lo meno modificato sulla base delle azioni contenute nel pai

LA VERIFICA

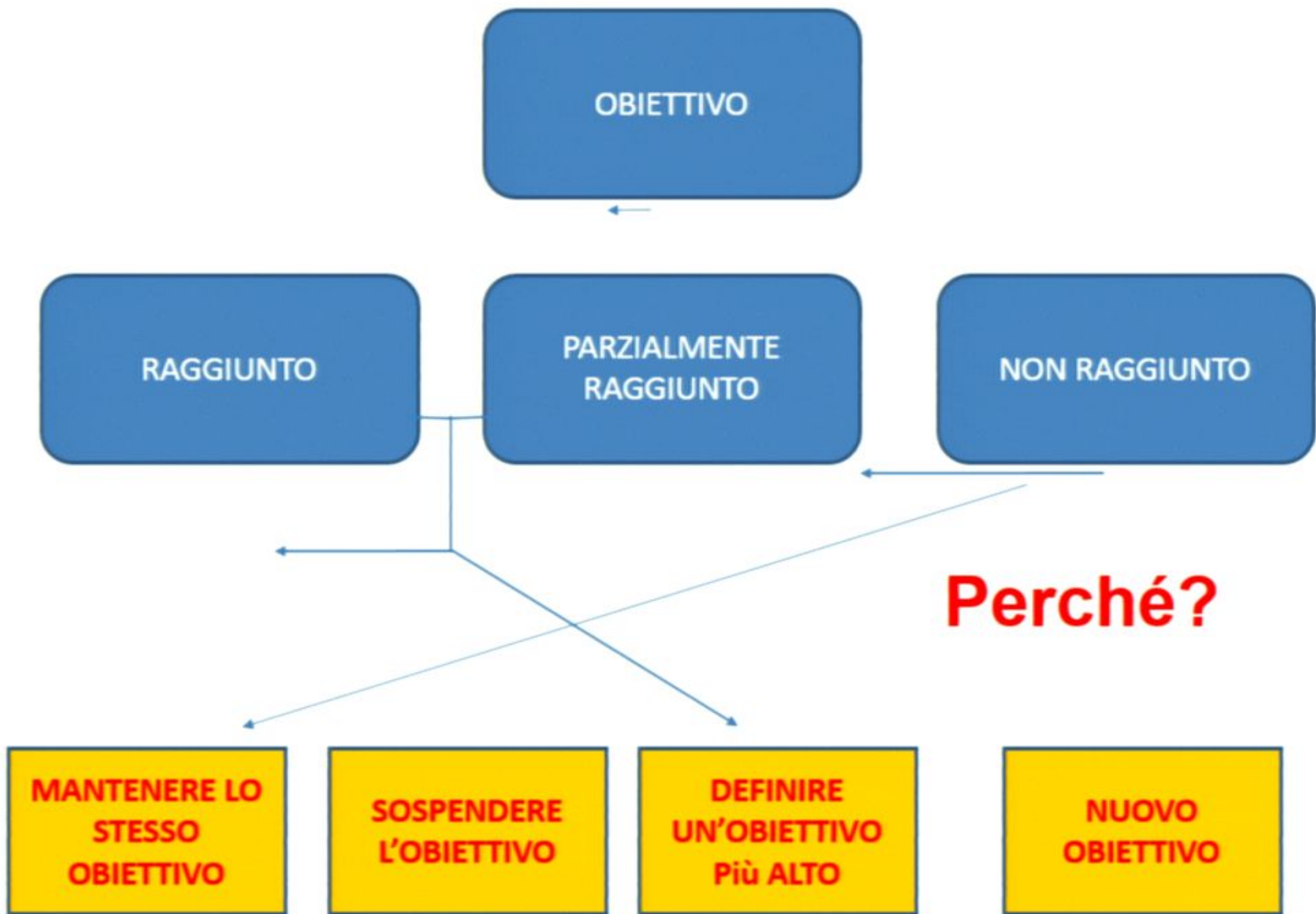
Al momento della formulazione degli obiettivi e delle azioni ci si deve dare un **indice misurabile** per valutare se l'obiettivo è stato portato a termine



Es: se il nostro obiettivo è aumentare le autonomie di un soggetto il risultato andrà misurato oggettivamente. Quindi se l'utente ha indice di Barthel 56, il nostro obiettivo potrebbe essere portarlo a 66.

La verifica

- Al momento della verifica si riunisce l'equipe, si rilegge per ogni problema gli obiettivi, gli interventi, azioni, indici ecc
- Per ogni indicatore si confrontano i dati precedenti con quelli attuali
- Si identificano quindi gli obiettivi raggiunti totalmente, parzialmente e quelli non raggiunti



Ruolo dei familiari

- Nell'ambito di un centro diurno i familiari hanno un ruolo fondamentale nel pai
- Offrono informazioni preziose riguardanti i momenti in cui l'ospite non è al centro diurno
- Alcune azioni possono prevedere il coinvolgimento del familiare stesso
- La restituzione del pai da parte di almeno un membro dell'equipe è necessaria

SIGNORA "ROSA"

Signora con demenza frontotemporale, vive con il figlio, operaio.

Principale disturbo: girovaga per il paese frugando nei cassonetti della spazzatura e portandone a casa il contenuto.

Rimane sola quando il figlio non e' presente con rischi e malnutrizione

Difficoltà da parte del figlio a capire il problema e la patologia della madre pur essendo molto infastidito e stanco della situazione

Ingresso presso il Centro Diurno

A complicare la situazione, negli ultimi mesi la signora ha subito due ricoveri ospedalieri ravvicinati per insufficienza cardio-respiratoria (la paziente è una fumatrice attiva)

Si decide pertanto di proporre al figlio la frequenza presso il centro diurno demenze per studiare e trovare strategie per gestire i disturbi del comportamento, dare sollievo al familiare e tutelare la persona.

TEST	PUNTEGGIO
MMSE	10,4
TINETTI	24
CIRS	4
NURSING TUTELARE	62
NURSING SANITARIO	48
BARTHEL	44
ADL	3
IADL	1
NPI	48
MNA	20,5
NORTON	17
BINA	410



Informazioni generali raccolte:

- Paziente poco socievole ama stare sola e accumulare oggetti
- Aveva la passione per la casa e gli oggetti di arredamento
- Molto attaccata al denaro
- Aveva svolto la professione di operaia
- Non partecipa volentieri alle attività occupazionali
- Diventa aggressiva solo se direttamente provocata



PROBLEMI

- DISTURBI DEL COMPORTAMENTO: ANSIA, AFFACCEDAMENTO
- STRESS DEL CARGIVER
- FREQUENTI EPISODI DI SCOMPENSO CARDIO-RESPIRATORIO



- Contenimento dell'ansia e dell'affaccendamento della paziente
- Mantenere il compenso cardio-respiratorio
- Aiutare il figlio a comprendere la patologia ed a elaborare strategie adeguate

OBIETTIVO	AZIONE	CHI LA FA	QUANDO LA FA	PER QUANTO TEMPO	INDICATORE
Contenimento ansia e affaccendamento	Procurarsi Bidoni di vecchia biancheria e oggetti	Responsabile di nucleo	Domani mattina		Riduzione dell'NPI da 48 a 38, in part. ITEM ansia (da 12 a 9), sonno (da 6 a 4) e affaccendamento (da 12 a 9)
	Mettere a disposizione i bidoni di biancheria	operatori	Mattina e pomeriggio	Fino a verifica	
	Revisione terapia ansiolitica e antipsicotica	medico	Domani mattina	Ogni venerdì mattina fino a fine verifica	
	Tecniche di rilassamento poco prima del calar del sole	Terapista della riabilitazione psichiatrica	Ogni pomeriggio per 10 minuti	Fino a verifica	

OBIETTIVO	AZIONE	CHI LA FA	QUANDO LA FA	PER QUANTO TEMPO	INDICATORE
Compenso cardio-respiratorio	Limitare il n° di sigarette "vere"	operatore	Mattina e pomeriggio	Fino a fine verifica	Nessun ricovero ospedaliero
	Procurarsi sigarette "finte"	Responsabile di nucleo	Domani pomeriggio		Assente utilizzo di terapia infusiva d'emergenza
	Visite mediche frequenti	medico	ogni due settimane per due mesi, poi a chiamata	Fino a verifica	
	Misurare i parametri vitali	infermiere	Ogni 3 giorni	Fino a verifica	

OBIETTIVO	AZIONE	CHI LA FA	QUANDO LA FA	PER QUANTO TEMPO	INDICATORE
Aiutare il figlio a comprendere la patologia ed a elaborare strategie adeguate	Tutoraggio nelle pratiche di igiene, e gestione disturbi	operatori	Ogni volta che il figlio è disponibile	Per un mese	Possibilità di rimanere al domicilio e non istituzionalizzata
	Incontri di supporto e informazione	medico	Giovedì prossimo, tra due giovedì e dopo 15 giorni		Riduzione della scala di stress del caregiver ZARIT da 60 a 48
	Colloqui psicologici individuali	psicologa	Ogni ultimo martedì del mese	4 mesi	



OBIETTIVO	AZIONE	CHI LA FA	QUANDO LA FA	PER QUANTO TEMPO	INDICATORE
Contenimento ansia e affaccendamento	Procurarsi Bidoni di vecchia biancheria e oggetti	Responsabile di nucleo	Domani mattina		Riduzione dell'NPI da 48 a 38, in part. ITEM ansia (da 12 a 9), sonno (da 6 a 4) e affaccendamento (da 12 a 9)
	Mettere a disposizione i bidoni di biancheria	operatori	Mattina e pomeriggio	Fino a verifica	
	Revisione terapia ansiolitica e antipsicotica	medico	Domani mattina	Ogni venerdì mattina fino a fine verifica	
	Tecniche di rilassamento prima del calar del sole	Terapista della riabilitazione psichiatrica	Ogni pomeriggio per 10 minuti	Fino a verifica	

FATTO

FATTO

FATTO

FATTO

NON TUTTE LE SERE

NPI 32,
ANSIA 6,
SONNO 4,
AFFACCEN-
DAMENTO
12

OBIETTIVO	AZIONE	CHI LA FA	QUANDO LA FA	PER QUANTO TEMPO	INDICATORE
Compenso cardio-respiratorio	Limitare il n° di sigarette "vere"	operatori	Mattina e pomeriggio	Fino a fine verifica	<u>Nessun ricovero ospedaliero</u>
	Procurarsi sigarette "finte"	Responsabili di nucleo	Domani pomeriggio		<u>Assente utilizzo di terapia infusiva d'emergenza</u>
	Visite mediche frequenti	medico	ogni settimana il lunedì per un mese, poi a chiamata	Fino a verifica	
	Misurare i parametri vitali	infermiere	Ogni 3 giorni	Fino a verifica	

FATTO

FATTO

FATTO

OBIETTIVO REALIZZATO

Situazione attuale della sig.ra Rosa

- Risiede a domicilio con il figlio
- Nell'abitazione sono state portate avanti alcune modifiche nell'arredamento e strutturali
- Durante il giorno la sig.ra frequenta il centro diurno, alla mattina per prepararla e durante i festivi ha un'assistente privata
- Il figlio segue gruppi di auto-mutuo-aiuto
- Frequenti visite mediche per prevenire episodi di scompenso e per controllare i disturbi del comportamento

Nelle organizzazioni si riscontrano due polarità predominanti:

modello DEPOSITO



modello SERRA



(Miller e Gwanne)

Ricordiamoci che...

Al centro del nostro PAI deve esserci la persona

Per ciascuna persona esiste una STORIA

Per ogni persona ci sono VALORI, PREFERENZE e
ATTIVITA' SIGNIFICATIVE

Le DIFFICOLTA' e gli IMPREVISTI non mancheranno

Occorre METODO e SINERGIA DI INTERVENTI ed
AZIONI

da parte dei professionisti

Ricordiamoci che...

Al centro del nostro PAI deve esserci la persona

Per ciascuna persona esiste una STORIA

Per ogni persona ci sono VALORI, PREFERENZE e
ATTIVITA' SIGNIFICATIVE

Le DIFFICOLTA' e gli IMPREVISTI non mancheranno

Occorre METODO e SINERGIA DI INTERVENTI ed
AZIONI

da parte dei professionisti

Grazie per l'attenzione