

P.A.I.

Il P.A.I., o piano assistenziale individualizzato, è il documento di sintesi che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare la valutazione di ciascun ospite, con lo scopo di dare l'avvio a un progetto di assistenza e cura che abbia come obiettivo il benessere dell'ospite: è il risultato del coordinamento di tutte le figure che si occupano dell'anziano accolto nella struttura; è un documento **condiviso**, sottoscritto dall'ospite o dal familiare / tutore.

La programmazione del PAI inizia con l'ingresso dell'ospite: il PAI viene compilato dall'equipe di lavoro subito dopo l'ingresso in struttura e successivamente con cadenza periodica, secondo le esigenze dell'assistito, ma almeno una volta all'anno.

Il PAI comprende:

- la valutazione di aspetti clinico-sanitari riportata dai Medici di Medicina Generale (MMG);
- la valutazione dell'assistenza effettuata dagli Infermieri (INF) con l'ausilio degli Operatori Socio Sanitari (OSS) che quotidianamente si prendono cura dell'ospite;
- la valutazione delle esigenze di riabilitazione e riattivazione motoria messa a punto dal fisioterapista (FKT);
- la valutazione di aspetti più personali, di relazione e socializzazione, effettuata da Assistente Sociale (AS), Educatori (EDU) e Psicologo (PSI);
- la valutazione di problematiche relative alla comunicazione o di problemi di disfagia a cura della logopedista (LOG);
- una fase sintetica di integrazione e condivisione con i familiari.

Nel P.A.I. sono individuati obiettivi misurabili e quantificabili inerenti la cura e l'assistenza dell'ospite, che vengono perseguiti dall'equipe multidisciplinare e sottoposti a verifica periodica: il P.A.I. viene infatti applicato per un periodo di durata prestabilita, che tuttavia può subire delle variazioni nel caso si riscontrino sostanziali modifiche nello stato di salute dell'ospite.

[Esempio di P.A.I.](#)