

DIREZIONE GENERALE SANITÀ E POLITICHE SOCIALI
*Servizio Integrazione socio-sanitaria e Politiche
per la non autosufficienza*

***Linee guida per la elaborazione e gestione
della cartella socio sanitaria nei servizi socio
sanitari accreditati per anziani e persone con
disabilità***

DICEMBRE 2014

Indice:

- 1. Introduzione**
- 2. Obiettivo del documento**
- 3. Glossario**
- 4. Definizione, obiettivi e garanzie della cartella socio sanitaria**
- 5. Gli elementi minimi**
 - a. Dati anagrafici e anamnestici
 - b. Documentazione sanitaria e socio sanitaria
 - c. PAI/PEI
 - d. Documentazione consensi e autorizzazioni
 - e. Diario giornaliero
- 6. Approfondimento elementi minimi servizi per persone con disabilità**
- 7. Approfondimento elementi minimi servizi per Anziani**
- 8. I servizi di Assistenza domiciliare accreditata**
- 9. Le relazioni con i servizi di emergenza/urgenza**
- 10. Compilazione, aggiornamento, conservazione, archiviazione:**
 - 10.1 responsabilità sulla tenuta e aggiornamento**
 - 10.2 conservazione**
 - 10.3 archiviazione**
- 11. Accesso e rilascio della documentazione**
- 12. Aspetti propedeutici all'informatizzazione**
- 13. Bibliografia/Testi/Normative**

Allegati :

A : suggerimenti ed indicazioni per la definizione, monitoraggio e verifica del PAI PEI

1) Introduzione

Il percorso regionale di accreditamento dei servizi socio-sanitari per le persone con disabilità e gli anziani (DGR 514/09), ha posto le premesse per garantire equità nella presa in carico e cura della persona attraverso la definizione di requisiti indispensabili per la garanzia di qualità del servizio e di alcuni strumenti di lavoro comuni a livello territoriale.

Obiettivo dell'accREDITamento è produrre un sistema dove la singola prestazione è parte di un progetto complessivo realizzato con e per la persona al fine del raggiungimento del benessere e salute, obiettivo comune a tutti i professionisti e operatori per la persona anziana e disabile.

A tutti gli operatori sociali e socio-sanitari e sanitari è richiesto di raccogliere/documentare e tenere aggiornata ogni informazione rilevante sul loro intervento all'interno del processo di cura della persona, informazione che a tutt'oggi viene raccolta ed utilizzata con diverse modalità nei servizi del territorio regionale, all'interno di una cartella e/o raccoglitori definiti come cartella socio sanitaria.

Il RG 2.1 stabilisce che "il soggetto gestore adotta la cartella socio sanitaria secondo le indicazioni regionali". Il presente documento di linee guida è quindi frutto del lavoro a livello regionale partecipato e condiviso con professionalità sia pubbliche che private, orientato anche dalla consultazione bibliografica, normativa e documentale esistente relativa a esperienze regionali ed extraregionali. Sono stati definiti gli elementi minimi della cartella socio sanitaria per garantire alla persona una presa in carico e un lavoro di cura efficace, appropriato e finalizzato al maggior benessere e qualità della vita possibili.

2) Obiettivo del documento

Obiettivo del documento è quello di individuare linee comuni in merito al significato, alla costruzione e all'utilizzo della cartella socio sanitaria nei servizi socio sanitari accreditati per disabili e anziani, attraverso indicazioni e definizione di elementi minimi comuni a livello regionale, che ne traccino lo "scheletro" e che ne orientino la stesura e l'utilizzo.

3) Glossario

PAI: piano assistenziale individuale

PEI: piano educativo individuale

AD : assistenza domiciliare

RG: requisito generale DGR 514/09

SPAD : requisiti specifici assistenza domiciliare DGR 514/09

4) Definizione, obiettivi e garanzie della cartella socio sanitaria

Una definizione condivisibile di cartella socio sanitaria è tratta dalle **Appendici alla Raccomandazione Siquas_Agenas , 2012 “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario” del 01.02.2012** “(...) è l’insieme dei documenti e delle informazioni relative ad un caso seguito;(....)Il contenuto minimo è costituito dai dati anagrafici dell’utente e dai riferimenti dei familiari e dei *caregiver*; dai contatti; dalla valutazione del caso; dalle risorse da attivare; dal piano/progetto di intervento; dal contratto con l’utente; dal diario cronologico; dalla registrazione di colloqui o visite domiciliari; da relazioni inviate; da resoconti di riunioni dell’équipe; da rivalutazione periodiche dei risultati e della situazione; dalla rilevazione di urgenze quali il cambiamento nelle condizioni personali dell’utente(...). Oltre alle finalità operative, la cartella rappresenta anche uno strumento di formazione degli operatori, poiché fornisce uno stimolo e una guida nel processo di valutazione, di stesura del piano individuale, di erogazione e di revisione dell’attività svolta. Gli aspetti cruciali del rispetto della privacy debbono essere accuratamente affrontati e risolti sia in fase di progettazione sia in fase di utilizzo della cartella”

La cartella socio sanitaria deve essere uno “strumento” multiprofessionale che permette ai vari professionisti di documentare e rendere comprensibile (osservabile, misurabile, evidente) il processo di presa in carico della persona nel percorso terapeutico e socio-riabilitativo, che aiuta e supporta la gestione sinergica dei processi di cura, dei bisogni assistenziali ed educativi.

Deve per questo essere strutturata e contenere la documentazione utile a :

- § guidare il processo di valutazione ai fini della stesura del PAI e del PEI
- § fornire una base informativa per scelte razionali ed efficaci, a garanzia della continuità di cura
- § supportare le decisioni dei professionisti;
- § fornire informazioni utili e leggibili all’utente stesso;
- § fornire dati utili ai fini dell’assolvimento dei debiti informativi;
- § fornire dati significativi per eventuali studi e ricerche;
- § garantire una base per la valutazione, revisione e miglioramento dell’attività assistenziale/educativa individuale

... e deve rispondere a garanzie di:

- § Accessibilità e disponibilità;
- § Tutela della riservatezza (privacy);
- § Completezza: riguarda l’inserimento all’interno della cartella di tutti gli elementi /moduli utili ai fini di un quadro completo ed esaustivo del percorso di accoglienza, presa in carico e cura della persona.

5. Gli elementi minimi della cartella socio-sanitaria

Per la definizione degli elementi minimi si sono evidenziati alcuni criteri da tenere come riferimento.

La documentazione contenuta nella cartella deve:

- poter essere implementata e leggibile da tutti gli operatori con qualsiasi mansione e competenza che hanno in cura la persona, in particolare per essere sempre tutti al corrente di tutto ciò che attiene al percorso assistenziale (passaggi di consegne, segnalazioni sullo stato di salute della persona, ecc.);
- essere utile, utilizzabile e fruibile nei momenti relativi all'analisi, all'elaborazione PAI/PEI, all'auditing (sia per quanto riguarda il singolo caso, sia per quanto riguarda i dati aggregati per nucleo, per servizio, per periodo, ecc.);
- permettere la rapida consultazione e costituire una fonte informativa di facile utilizzo per fini statistici ed epidemiologici, interni ed esterni al servizio;
- garantire la continuità assistenziale nei percorsi interni e nelle interfacce con altri contesti di cura, con particolare attenzione ai servizi semiresidenziali e al servizio di assistenza domiciliare;
- prendere come riferimento quanto definito dalla normativa relativa alla corretta gestione della documentazione sanitaria e socio-sanitaria (correttezza, completezza, comprensibilità, rintracciabilità, ecc.).

Gli elementi minimi individuati sono:

a. **Dati anagrafici e anamnestici**: prevede la raccolta di tutte le informazioni relative alla anagrafica della persona e alla sua storia di vita e di servizi fruiti, raccolte attraverso la documentazione e le informazioni riferite dai servizi invianti, dalla persona stessa e dai suoi famigliari o da chi ne ha cura.

b. **Documentazione sanitaria e socio sanitaria**: prevede la raccolta degli strumenti di valutazione adottati e utilizzati dall'équipe di lavoro per la valutazione complessiva dei bisogni/risorse della persona (come ad esempio: schede di osservazione, strumenti per la valutazione funzionale, contestuale, bilancio di competenze,...), oltre alle valutazioni redatte dall'UVM del servizio territoriale competente. In questa "sezione" si prevede siano presenti anche tutti i documenti sanitari relativi allo stato di salute della persona, utili ai fini della valutazione complessiva dei bisogni della persona, ivi compresi gli strumenti di rilevazione e di monitoraggio del dolore

(RG 8.4), del rischio cadute e relativi monitoraggi e verifiche (RG 8.10) e la scheda/foglio unico di terapia (da intendersi come strumento unico che documenta l'intero processo di gestione della terapia, dalla prescrizione all'avvenuta somministrazione).

Per quanto riguarda la somministrazione della terapia e l'utilizzo di presidi si rimanda alla definizione di una procedura interna per la conservazione, distribuzione e somministrazione della terapia e presidi (DGR 514/09 – RG 8.19).

c. **PAI/PEI**: il piano educativo assistenziale individualizzato viene reso disponibile a tutti coloro che partecipano e condividono il percorso di cura della persona all'interno della struttura/servizio, che contribuiscono anche alla definizione degli obiettivi, delle strategie, delle attività assistenziali, educative, sanitarie di cui la persona necessita.

Al fine di facilitare e rendere più omogeneo il percorso di valutazione, definizione e verifica del PAI/PEI, vengono dati alcuni suggerimenti e indicazioni in merito, nell'allegato A a questo documento

d. **Documentazione consensi e autorizzazioni:**

La cartella socio-sanitaria è anche uno strumento di condivisione e di verifica della partecipazione dell'utente, della sua famiglia e di chi ha e assume un ruolo significativo nel progetto di vita della persona di cui si ha cura.

Deve essere, quindi, utilizzata dal gestore anche per documentare il coinvolgimento di utenti e familiari nella condivisione, definizione, attuazione e verifica del progetto individuale (RG 3.1), oltre alle autorizzazioni e all'espressione dei consensi informati ai trattamenti sanitari e al trattamento dei dati personali e sensibili previsto dalla normativa (D.Lgs. 196/2003) (RG 8.7;RG 8.16)

e. **Diario giornaliero:** È un documento unico nel quale ogni professionista che si prende cura della persona quotidianamente registra, segnala ed evidenzia le attività fatte, le richieste rilevate o le segnalazioni di cambiamento della persona. L'obiettivo di un diario unico è quello di far circolare e mettere a conoscenza di tutti coloro che si occupano della cura della persona, le informazioni utili al fine di garantire la continuità assistenziale e per poter calibrare il proprio intervento sulla base di eventuali cambiamenti o richieste della persona e del suo stato di salute, ivi compresi gli strumenti di rilevazione e monitoraggio del dolore. In questa logica ha anche un importante funzione ai fini del passaggio delle consegne.

6. Approfondimento elementi minimi servizi per persone con disabilità

Documentazione sanitaria e sociosanitaria: è bene che sia disponibile fra le valutazioni, lo "strumento per la valutazione dei bisogni educativi ed assistenziali nei servizi socio-sanitari per disabili" (determinazione DG Sanità e Politiche sociali n° 2023 del 2 marzo 2010).

PAI/PEI: è bene che sia data rilevanza all'interno del PEI di specifiche personalizzazioni nel caso di persone con disabilità e gravi disturbi del comportamento, nelle quali sia data evidenza delle necessità di adeguamento del personale e di attenzione ai fattori ambientali in base agli obiettivi prefissati (SPCDD e SPRD 2.1.2;)

7. Approfondimento elementi minimi servizi per Anziani

Documentazione sanitaria e sociosanitaria : è bene dare conto della valutazione multidimensionale effettuata, con la finalità di avere un quadro globale delle caratteristiche, dei bisogni, delle riserve funzionali del soggetto e delle sue potenzialità.

Si ritiene che debbano esservi, pertanto, nella cartella le valutazioni concernenti in particolare i seguenti aspetti: cognitivi, comportamentali, funzionale-fisico, neurologico, nutrizionale, dolore, rischio cadute, rischio lesioni da decubito.

8. I servizi di Assistenza domiciliare accreditata

La cartella socio-sanitaria assume un'importanza fondamentale nella garanzia di continuità di cura e comunicazione nelle situazioni a domicilio, in particolare dove il percorso di cura vede coinvolti oltre agli operatori dell'AD accreditata anche figure professionali di diversa provenienza (AUSL, volontariato).

Il soggetto gestore, come previsto dai requisiti della delibera 514/09, attiva collaborazioni con la AUSL attraverso la definizione di accordi e protocolli per regolamentare le modalità di relazione con il Dipartimento di Cure Primarie su base distrettuale e i Medici di Medicina

generale al fine di garantire unitarietà di obiettivi e integrazione fra le diverse professionalità e i diversi interventi (SPAD 2.2)

In caso di contemporaneo intervento socio assistenziale e sanitario è opportuno che il PAI/PEI sia comunque UNICO e INTEGRATO (SPAD 8.4) e che vengano assicurati strumenti comuni per la raccolta e il passaggio delle informazioni fra tutti gli operatori che seguono il medesimo utente (SPAD 8.3), perseguendo l'obiettivo comune del benessere complessivo della persona.

In virtù di quanto sopra definito, all'interno dei protocolli e accordi fra Azienda Usl e soggetto gestore, devono essere definite modalità per l'adozione e l'utilizzo di uno strumento integrato di comunicazione, passaggio di informazioni e condivisione del percorso assistenziale (cartella socio sanitaria) , da conservare presso il domicilio della persona.

9. La relazione con i servizi di emergenza-urgenza

Tutti gli operatori dei servizi socio-sanitari coinvolti direttamente nel processo assistenziale devono conoscere le situazioni per cui si rende necessaria la segnalazione del dato rilevato, sia immediata, sia differibile, agli operatori sanitari (infermiere, medico, servizio di continuità assistenziale) o ai servizi di emergenza-urgenza (118 e Pronto Soccorso).

I dati rilevati devono essere riportati nella documentazione che accompagna l'utente al Pronto Soccorso con una modalità che permetta da parte dei servizi riceventi la rapida lettura, favorendo quindi protocolli per l'utilizzo di una modulistica condivisa con gli stessi servizi di PS e/o l'Azienda USL di riferimento.

10. COMPILAZIONE, AGGIORNAMENTO, CONSERVAZIONE, ARCHIVIAZIONE

Con l'obiettivo di uniformare i comportamenti degli operatori all'interno della struttura/servizio, risulta indispensabile che sia definita una procedura organizzativa interna concernente le modalità di gestione complessiva della cartella socio-sanitaria che espliciti le modalità di gestione della documentazione (RG 7.1), in particolare relative alla classificazione dei documenti contenuti in cartella, alle responsabilità e delle regole di approvazione, diffusione, rintracciabilità e archiviazione (RG 8.3). Tale procedura dovrà essere resa nota e messa a disposizione di tutto il personale.

Si riportano di seguito alcune indicazioni da tenere presenti ai fini della definizione della procedura.

La cartella socio-sanitaria deve essere un unico strumento di raccolta delle informazioni da parte di tutta l'équipe e quindi andranno definite modalità di scrittura, aggiornamento, utilizzo e conservazione delle informazioni in essa contenute.

Tale strumento deve essere in grado di integrarsi con gli altri servizi e di porsi in relazione con i flussi informativi esistenti. Anche per questo motivo si ritiene che la gestione informatica della cartella socio-sanitaria sia da preferire.

La procedura interna al servizio deve tenere conto della finalità di utilizzo della cartella socio sanitaria e dell'obiettivo che diventi strumento unico di raccolta e condivisione delle informazioni sulla e per la persona.

Per questo motivo va dato particolare rilievo alla modalità di compilazione che devono rispondere a criteri di:

- § *Chiarezza*: si ritiene indispensabile che il testo sia facilmente leggibile e comprensibile da parte di tutti coloro che utilizzano la cartella. L'esposizione di quanto scritto deve essere il più possibile semplice e diretta e non dare adito a interpretazioni soggettive.
- § *Veridicità*: si può dire che la veridicità di un'affermazione scritta od orale sta nella consapevolezza e presa di responsabilità di chi la fa. Quindi sarebbe bene sempre annotare le cose con una certa attualità e tempestività per garantire una maggiore aderenza al vero.
- § *Pertinenza*: s'intende che tutte le annotazioni riportate rispondano alle reali esigenze informative del processo di cura; informazioni essenziali, utili a garantire la continuità nella presa in carico e cura della persona e che segnalino variazioni o spostamenti dal PAI/PEI prestabilito in équipe.
- § *Tracciabilità*: s'intende la possibilità di risalire a tutte le attività/prestazioni/azioni compiute e agli operatori che le hanno svolte.

10.1 Responsabilità sulla tenuta e aggiornamento:

La procedura per la gestione e aggiornamento della cartella socio-sanitaria di cui ogni servizio dovrà dotarsi, deve poter evidenziare l'operato e le osservazioni di qualsiasi operatore e professionista che interviene nel processo di cura.

Ogni operatore è quindi responsabile della corretta ed esaustiva compilazione della cartella relativamente al proprio intervento svolto e ad eventuali eventi osservati durante il proprio turno.

Per questo motivo ogni sezione della cartella va strutturata in modo tale da prevedere campi per l'annotazione e la firma dell'autore di ogni registrazione.

In tal modo la cartella consente in modo esaustivo la tracciabilità per le diverse attività svolte.

Al Coordinatore Responsabile del servizio spetta la responsabilità generale di supervisione-vigilanza nei confronti dell'équipe di lavoro in merito alla tenuta della cartella, oltre che alla responsabilità inerente alla corretta conservazione della stessa.

10.2 Conservazione: la conservazione della cartella è illimitata.

10.3 Archiviazione: "Gli archivi conservano testimonianza delle decisioni adottate, delle azioni svolte e delle memorie accumulate. Gli archivi costituiscono un patrimonio unico e insostituibile, trasmesso di generazione in generazione. I documenti archivistici sono gestiti fin dalla loro creazione in modo da preservarne il valore e il significato. Essi sono fonti affidabili di informazione per una amministrazione responsabile e trasparente. Essi giocano un ruolo essenziale nello sviluppo delle società, contribuendo alla costituzione e alla salvaguardia della memoria individuale e collettiva. L'accesso agli archivi arricchisce la nostra conoscenza della società umana, promuove la democrazia, tutela i diritti dei cittadini e migliora la qualità della vita". **(dal Manuale della documentazione Sanitaria e Sociosanitaria - Regione Lombardia; cfr. Universal Declaration on Archives, International Council on Archives 2010).**

L'archiviazione della documentazione socio-sanitaria contenuta nella cartella può essere anche annuale. Nelle situazioni in cui la persona sia ancora in carico al servizio socio-sanitario, la documentazione archiviata rimane come strumento conoscitivo legato allo svolgimento del percorso assistenziale in corso e deve essere facilmente reperibile, per la consultazione.

In situazioni di chiusura della cartella questa verrà archiviata con funzioni di "deposito" storico.

11. Accesso e rilascio della documentazione

*“La finalità del diritto di accesso ai documenti della pubblica amministrazione è quella di assicurare la trasparenza e l'imparzialità dell'attività amministrativa. Ne consegue, quindi, che tale diritto deve essere consentito a chiunque possa dimostrare che gli atti richiesti siano idonei a dispiegare effetti diretti o indiretti nei suoi confronti, indipendentemente dalla lesione di una posizione giuridica qualificata o di interesse legittimo, (...)”***(Consiglio di Stato Sez.V 12 Ottobre 2004, n. 6581)**

La natura giuridica della documentazione, per le strutture convenzionate e/o accreditate, fa riferimento alla normativa vigente in ambito pubblico.

Il Decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) disciplina all'art. 7 il diritto di accesso ai dati personali da parte dell'Interessato, riconoscendo a tale autonomo diritto natura strumentale rispetto all'esercizio compiuto e idoneo dei poteri di autodeterminazione, nonché delle potestà riconosciute e definite come “altri diritti” dal medesimo art. 7.

Il medesimo Decreto legislativo disciplina all' art. 92 il diritto di accesso da parte di soggetti terzi, diversi dall'Interessato. L'art. richiamato cita che “ *Eventuali richieste di presa visione o di rilascio di copia della cartella e dell'acclusa scheda di dimissione ospedaliera da parte di soggetti diversi dall'interessato possono essere accolte, in tutto o in parte, solo se la richiesta è giustificata dalla documentata necessità: a) di far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria (...) b) di tutelare, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà*”.

In linea generale, previa richiesta scritta e verifica del loro status, comprovata da idonea documentazione, ovvero da dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del D.P.R. 445/2000, si può ritenere che abbiano diritto al rilascio i seguenti soggetti: l'interessato, purché non incapace per minore età o interdizione; la persona munita di delega dell'interessato; i genitori, anche disgiuntamente, del minore; il tutore, il curatore o l'amministratore di sostegno (ex Art. 404 Codice Civile); gli eredi legittimi o testamentari dell'interessato deceduto, nonché il curatore dell'eredità; i soggetti che debbano tutelare, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale o inviolabile; i soggetti appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale per motivi strettamente riconducibili alla loro attività istituzionale; gli organi della Autorità Giudiziaria, Ufficiali di P.G., Difensore Civico, difensori di parte che agiscono ai sensi dell'art. 391 quater del Codice di Procedura Penale; l'INAIL, secondo le vigenti disposizioni.

Ogni Ente Gestore può specificare le modalità di accesso alla visione/rilascio di copie delle cartelle, nel rispetto e nei limiti di cui all'Art. 92 del D.Lgs. 196/2003.

12. Aspetti propedeutici all'informatizzazione

L'informatizzazione, pur non essendo un obbligo, è sicuramente un processo ineludibile che, per le sue caratteristiche, è in grado di mettere in comunicazione, di uniformare, di rendere più veloce e di garantire continuità nel passaggio e nella condivisione di informazioni relative alla persona e al suo percorso di cura e di personalizzazione nei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari.

Gli elementi minimi previsti in questo documento sono stati individuati anche per dare risposta al debito informativo richiesto dai flussi regionali.

13. Bibliografia/testi/normative

- § DGR 514/09 e modifiche apportate dalla DGR 390/11 (Regione Emilia Romagna)
- § DGR 1706/2009 e modifiche apportate dalla DGR 2108/09 (Regione Emilia Romagna)
- § Appendici alla Raccomandazione 2012 “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario” - Appendici: glossario sull’integrazione sociosanitario” (Siquas, Agenas)
- § Manuale “Sviluppo di un modello di cartella Paziente Integrata”, Ministero della Salute, 2012
- § Manuale della documentazione Sanitaria e Sociosanitaria - Regione Lombardia
- § Atto di indirizzo “modalità di redazione del piano educativo assistenziale individualizzato (PAI/PEI) nei Centri socio riabilitativi residenziali “ AUSL Bologna

Allegato 1 : elementi minimi per la definizione, stesura e verifica del Pai/PEI

La proposta di individuazione di elementi minimi comuni che devono essere presenti e delle modalità di stesura e aggiornamento del Piano di attività assistenziale e/o educativo, rappresenta un terreno di lavoro importante per sostenere un processo di omogeneità di approccio alla persona e modalità operative a livello regionale, non perdendo di vista la necessità di personalizzazione dei percorsi.

Dare lo stesso significato ai termini utilizzati e adottare un linguaggio comune e condiviso è condizione "sine qua non" per poter lavorare tutti nella stessa direzione e parlando tutti la stessa lingua

Il PEI è il Piano Educativo Individualizzato, mentre il PAI è il Piano Assistenziale Individualizzato, il primo delinea bisogni, azioni e strategie legati ad obiettivi di carattere più educativo, il secondo, invece, di carattere più assistenziale. Pur con accentuazioni diverse su dimensioni educative o assistenziali e a seconda delle risorse e dei bisogni della persona e del servizio, entrambi sono parti integranti di un unico progetto individualizzato che accompagna la persona nel servizio, capace di evidenziare i bisogni/necessità sanitari, terapeutici, riabilitativi, assistenziali ed educativi.

Il PEI/PAI

- Ø è frutto di un processo di confronto e analisi tra la persona, la sua famiglia, gli operatori dell'équipe del servizio, i referenti dei servizi territoriali professionali e chi ha un ruolo di rilievo nella vita della persona ed è quindi in linea con il Progetto di vita e di cure predisposto dai servizi socio sanitari territoriali che hanno in carico e inviano la persona (RG 8.5);
- Ø è lo strumento di lavoro dell'équipe del servizio che, a partire da un lavoro di definizione, aggiornamento e verifica fatto con e per la persona deve essere garanzia d'integrazione tra figure professionali diverse e tra servizi;
- Ø è fonte di informazioni utili ai fini del raggiungimento degli obiettivi che l'équipe si è prefissata, sulla metodologia e sugli strumenti di lavoro, per tutti gli operatori;
- Ø è il documento che garantisce la persona e la famiglia di riferimento sulla personalizzazione del percorso di cura della persona

Al fine di garantire quanto fin ad ora evidenziato, si individuano alcuni elementi ritenuti importanti ai fini della completezza e efficacia dello strumento PEI/PAI, per il perseguimento del benessere e qualità della vita della persona.

1. la Valutazione : la valutazione della persona deve essere multidimensionale e multi professionale (RG 8.4) al fine di mantenerne una visione olistica ed integrata fra le varie professionalità coinvolte nella definizione del progetto .
2. la definizione/struttura: sarà importante tenere conto per la definizione degli obiettivi dell'allineamento fra due elementi : gli esiti della valutazione dell'equipe in merito ai bisogni della persona e la valutazione dei propri bisogni, desideri e aspettative seconda la stessa persona. Tale possibilità è garantita dal coinvolgimento della persona disabile e dei suoi familiari nella definizione e verifica del PAI/PEI (RG 3.1) Gli obiettivi presenti nel PEI/PAI devono essere raggiungibili, misurabili e con una temporalità dichiarata e tener conto dei bisogni, delle aspettative e dei desideri della persona .Per ciascun obiettivo andranno definite le attività, le strategie e gli strumenti che si intendono utilizzare per raggiungerli, oltre alla tipologia di indicatori che si intendono utilizzare per la loro misurazione (RG 8.4) Al fine di garantire la massima coerenza ed efficacia nell'intervento, il PAI/PEI dovrà essere in linea con il Progetto di Vita e di cure definito dai servizi sociali e sanitari territoriali che inviano e hanno in carico la persona (RG 8.5; RG 2.10)

3. la condivisione : Il piano individuale andrà redatto con un linguaggio ed un formato che ne garantiscano la comprensione e la lettura da parte di utenti e familiari o legali rappresentanti, che dimostreranno la loro condivisione anche attraverso la sottoscrizione del piano .(RG 3.11)
4. la verifica : Il PAI/PEI dovrà essere verificato almeno semestralmente e adeguato e riformulato in base alla rivalutazione dei bisogni e delle esigenze della persona (RG8.4 ; RG 8.5)