



**CASA DI RIPOSO**  
**“Avv. G. Forchino”**

**Santena**

# Carta dei

# Servizi

## INDICE

- Art. 1-** CARATTERISTICHE E FINALITA' DELLA STRUTTURA
- Art. 2 -** AMMISSIONE E DIMISSIONI
- Art. 3 -** NORME COMPORTAMENTALI DEGLI OSPITI
- Art. 4 -** ASSISTENZA MEDICA, INFERMIERISTICA, ALLA PERSONA, ATTIVITA' DI RIABILITAZIONE ED ANIMAZIONE
- Art. 5 -** PRESTAZIONI ALBERGHIERE
- Art. 6 –** ACCESSO A FAMILIARI E VISITATORI – ORARIO VISITE
- Art. 7 -** ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO, SERVIZIO CIVILE E ALTRE COLLABORAZIONI
- Art. 8 -** CENTRI DI RESPONSABILITA'
- Art. 9 -** DECALOGO DEI DIRITTI DEGLI OSPITI
- Art. 10 -** NORME DI INTERESSE GENERALE
- Art. 11 -** MODALITA' DI PAGAMENTO
- Art. 12 -** DOCUMENTAZIONE E TUTELA DELLA PRIVACY

**Art. 13 - MODIFICHE AL REGOLAMENTO**

1. \_Le norme contenute nella Carta dei Servizi, debbono essere interpretate ed applicate in armonia con le norme dello Statuto, le quali rappresentano un'integrazione e precisazione applicativa
2. L'Ente denominato Casa di Riposo " Avv. G. Forchino", è ubicato nel Comune di Santena in Via Milite Ignoto n.32, raggiungibile facilmente mediante l'Autostrada Torino-Piacenza o la Tangenziale Sud (uscita Santena).

[mappa](#)

3. La Casa di Riposo, è adibita ad ospitare anziani autosufficienti, parzialmente autosufficienti e non autosufficienti.

### **Art. 1 - CARATTERISTICHE E FINALITA' DELLA STRUTTURA**

L'Ente, denominato Casa di Riposo "Avv. G. Forchino", è ubicato nel Comune di Santena in Via Milite Ignoto n.32, raggiungibile facilmente mediante l'Autostrada Torino-Piacenza o la Tangenziale Sud (uscita Santena).

La Casa di Riposo, è una Istituzione di Assistenza e Beneficenza - I.P.A.B. ed è adibita ad ospitare anziani autosufficienti, parzialmente autosufficienti e non autosufficienti.

La Casa di Riposo "Avv. G. Forchino", è in possesso d'autorizzazione al funzionamento rilasciata dall'A.S.L. to 5 di Chieri in regime definitivo con determinazione del Direttore Generale n° 939 del 19.07.2004.

Autorizzazione modificata con Deliberazione del Direttore Generale n. 149 del 28.09.2012 : Adempimenti alla DGR n. 45 – 4248 del 30.07.2012 – Modifica dell'autorizzazione al funzionamento per conversione dei posti letto RAF in RSA dei presidi per anziani in possesso di autorizzazione in regime definitivo.

La Casa di Riposo ha ottenuto l'accreditamento regionale con il sistema pubblico ai sensi della DGR 14 settembre 2009, n. 25-12129 – "Requisiti e procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture socio- sanitarie".

In seguito al nuovo assetto autorizzativo per effetto della conversione suddetta la capacità ricettiva di n.97 posti letto e i 3 nuclei sono così articolati:

- 22 posti letto R.S.A
- 30 posti letto R.S.A.
- 45 posti letto R.A.A.

La risposta residenziale per persone non autosufficienti viene articolata e connotata attraverso livelli d'intensità e di complessità più o meno elevati a seconda delle esigenze di salute e dei bisogni assistenziali dell'utente, come stabilito dalla DGR n. 45 del 30 luglio 2012.

L'organizzazione della risposta residenziale in funzione del percorso assistenziale della persona, comporta l'individuazione di livelli d'intervento relativi a ciascuna macro-tipologia di bisogno assistenziale, ai quali le commissioni valutative ed i competenti servizi socio-sanitari dovranno riferirsi per l'individuazione della risposta più appropriata agli specifici bisogni cui far fronte.

Il principio guida del modello è l'adeguamento della rete dei servizi ai bisogni delle persone assistite e non viceversa, evitando il più possibile che le medesime, nelle diverse fasi del loro percorso assistenziale, debbano necessariamente subire inutili spostamenti di struttura.

Il modello organizzativo dei servizi residenziali che si persegue nella struttura pertanto si articola secondo le fasce assistenziali di cui alla successiva tabella **“Modello organizzativo per l'assistenza residenziale e semiresidenziale socio sanitaria per anziani non autosufficienti”** distinte in base alla **complessità delle prestazioni**.

La fascia md'intensità assistenziale è individuata sulla base delle modalità previste dalla DGR 42-8390 del 10 marzo 2008 e s.m.i.

Ogni fascia assistenziale individuata rappresenta uno standard complessivo minimo da garantire, in termini di tempi di assistenza giornalieri per ospite i quali, in base al principio dell'appropriatezza della risposta posto a fondamento del modello assistenziale, vengono assegnati ad ogni Progetto Individuale in relazione al bisogno assistenziale della persona.

## **Art. 2 – AMMISSIONE E DIMISSIONI**

L'Ammissione dell'Ospite in struttura viene effettuata in base alla disponibilità della categoria richiesta di ricovero ed alla tipologia socio-sanitaria dell'Ospite sentito il parere del Consulente Sanitario che ha effettuato la visita preliminare d'ingresso dell'ospite ed ha assegnato la fascia assistenziale secondo quanto stabilito dalla DGR n. 45-4248 del 30.07.2012.

La prenotazione dell'inserimento in regime di convenzione avviene previa presentazione della documentazione dell'ASL di appartenenza dell'assistito, che certifica l'inserimento nella graduatoria aziendale, a seguito della valutazione geriatrica.

L'utente e/o il parente è invitato a visitare la struttura prima dell'ammissione; durante tale visita verranno fornite tutte le informazioni necessarie previa acquisizione formale del consenso dell'interessato.

L'eventuale lista d'attesa delle prenotazioni è realizzata tenendo conto della data di presentazione della domanda.

Nel caso di indisponibilità immediata del posto, al verificarsi della disponibilità del posto, la Direzione di struttura ne dà comunicazione all'utente/parente, concordando l'inserimento.

In caso di rinuncia definitiva, la richiesta di ricovero dell'utente viene annullata,; nel caso di rinuncia temporanea, la prenotazione relativa viene inserita al fondo della lista d'attesa delle prenotazioni.

Successivamente all'assegnazione della tipologia socio-assistenziale dell'Ospite, il Responsabile di Struttura, valutata la richiesta dello stesso e la caratterialità, stabilisce che non vi siano conflittualità con gli eventuali compagni di camera.

Viene effettuato un colloquio con l'utente e i parenti per raccogliere eventuali informazioni circa abitudini, bisogni e comportamenti a rischio dell'utente.

All'ingresso l'utente deve avere con sé il corredo personale e la documentazione necessaria (documento d'Identità, Tessera Sanitaria ed documentazione clinica).

### CORREDO E OGGETTI PERSONALI

- Un corredo personale sufficiente alle proprie esigenze, consistente in biancheria intima, vestiario, e se lo desidera, asciugamani.

La Direzione fornirà all'Ospite un numero identificativo da apporre a tutta la biancheria.

- Tutti i prodotti di uso abituale per la propria igiene personale quali ad esempio: spazzolino, dentifricio, porta-protesi, rasoio, pettine, spazzola, deodorante, creme, etc.

La Casa fornisce sapone, bagno schiuma, carta igienica.

- Piccole suppellettili in modo da rendere più familiare l'unità abitativa.

È consigliato non trattenere con sé denaro in quantità elevate e prestare massima cura e diligenza nella custodia degli oggetti preziosi e di valore.

L'Amministrazione e la Direzione non possono assumersi responsabilità alcuna per smarrimento o furti d'oggetti preziosi e di valore. L'ospite non deve trattenere con sé i farmaci, poiché la custodia e la somministrazione sono d'esclusiva responsabilità del personale infermieristico che agisce su prescrizione del medico curante dell'ospite stesso. Per ragioni organizzative e di tempestività nella somministrazione, l'acquisto dei medicinali è effettuato a cura dell'Ente.

Al momento dell'accoglienza il personale medico valuta le condizioni psico-fisiche dell'ospite. Nel primo periodo di inserimento vengono rilevate le condizioni cliniche dell'Ospite, il profilo relazionale e psicologico, il grado di autonomia ecc. al fine di permettere all'equipe interdisciplinare interna di elaborare il Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) che sarà condiviso con l'utente e/o i suoi familiari, e a loro trasmesso.

A garanzia dell'adattabilità della risposta in relazione alla specificità delle situazioni da trattare è possibile che durante la permanenza in struttura, l'utente possa essere spostato in un nucleo più idoneo alle sue condizioni.

La verifica dell'attuazione del progetto individualizzato viene discussa all'interno dell'equipe interdisciplinare interna in una riunione sul caso.

L'obiettivo principale degli interventi di tipo riabilitativo, di mantenimento, di stabilizzazione e di reinserimento per gli ospiti è quello di un miglioramento della qualità della loro vita, attraverso una gestione dei bisogni assistenziali, clinici, e psicologici evidenziati da una valutazione multidimensionale, effettuata con lo strumento del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.).

### **Art. 3 - NORME COMPORTAMENTALI DEGLI OSPITI**

L'ospite gode della massima libertà, eventuali limitazioni sono esclusivamente imposte per motivi di salute e sono di competenza del medico curante e del responsabile sanitario.

Gli ospiti della Casa di Riposo devono tenere un comportamento idoneo alla vita comunitaria e in particolare:

- Non arrecare disturbo agli altri ospiti
- Rispettare il personale preposto ai vari servizi e permettere allo stesso di accedere alle camere per lo svolgimento del proprio lavoro e tutte le ulteriori attività di controllo necessarie per fini di igiene e pulizia.
- Avvisare la Direzione o il personale d'assistenza in caso d'uscita dalla struttura o assenza dai pasti
- Avere cura dell'attrezzatura messa a sua disposizione dall'Ente
- Segnalare eventuali guasti

All'ospite è fatto divieto di:

- Fumare all'interno della struttura.
- Stendere dalla finestra o sui balconi capi di biancheria
- Gettare acqua e/o rifiuti dalle finestre
- Usare apparecchi rumorosi che possano arrecare disturbo agli altri ospiti
- Utilizzare fornelli e stufe
- Introdurre animali che possano causare inconvenienti d'ordine igienico
- Giocare d'azzardo
- Vuotare nel water, bidet o lavabo rifiuti di qualsiasi genere
- Tenere oggetti o merci deteriorabili ,per motivi legati alla sanità pubblica.

#### **Art. 4 – ASSISTENZA MEDICA, INFERMIERISTICA, ALLA PERSONA, ATTIVITA' DI RIABILITAZIONE ED ANIMAZIONE**

##### **- Assistenza medica**

Viene garantita attraverso i medici di medicina generale sulla base delle disposizioni previste dal vigente accordo integrativo regionale (D.G.R. n. 28-2690 del 24.4.2006, art. 14) e di quanto di seguito precisato. I riferimenti alla D.G.R. n. 41- 42433/1995 e alla DGR n. 45 – 4248/2012 contenuti nel sopra citato accordo integrativo regionale e nella normativa regionale nello stesso richiamata, sono sostituiti dal presente provvedimento.

Compete all'A.S.L., nell'ambito delle funzioni distrettuali, l'individuazione dei Medici di Medicina Generale ai quali spetta garantire l'attività di assistenza sanitaria agli ospiti delle strutture residenziali socio-sanitarie accreditate con il S.S.R.

E' stabilito ed opportunamente pubblicizzato l'orario settimanale di effettiva presenza medica all'interno della struttura, concordato con la Direzione sanitaria della struttura o con il Distretto sanitario.

La struttura predispone un registro per i Medici di Medicina Generale su cui viene annotato, a cura degli interessati, il giorno, l'ora di ingresso e di uscita.

L'assistenza erogata dai Medici di Medicina Generale si raccorda con le altre attività sanitarie erogate nell'ambito della struttura, secondo le modalità descritte al punto precedente.

E' altresì presente un Medico Direttore Sanitario con specializzazione in chirurgia, il quale tre volte alla settimana svolge le proprie funzioni in orari non strettamente prestabiliti normalmente in orario pomeridiano.

Il Medico Direttore Sanitario, si occupa:

- dell'andamento complessivo dell'assistenza sanitaria della struttura, affinché la medesima si espliciti in modo corretto ed adeguato alle necessità degli ospiti;
- degli aspetti igienico-sanitari della struttura, della completezza della cartella sanitaria, della supervisione sulla salute psico-fisica degli ospiti;
- della verifica del corretto funzionamento delle apparecchiature e attrezzature di ambito sanitario;
- della verifica del regolare approvvigionamento dei farmaci, presidi, protesi ed ausili per gli ospiti, nonché della regolare tenuta delle relative registrazioni;
- del raccordo e dell'armonizzazione degli interventi erogati dalle diverse componenti sanitarie, socio-sanitarie all'interno delle équipes multidisciplinari interne;
- del coordinamento dell'assistenza medica e specialistica effettuata all'interno della struttura, rispettivamente da parte dei Medici di medicina generale e degli specialisti sia ambulatoriali che ospedalieri;
- della verifica delle modalità e della qualità delle prestazioni rese, ai sensi delle vigenti normative e degli accordi collettivi in essere, da parte dei Medici di Medicina Generale;
- del coordinamento dell'équipe multidisciplinare per quanto attiene alla valutazione dell'anziano al momento dell'inserimento in struttura e durante la permanenza, nonché le valutazioni e rivalutazioni ai sensi del D.M. 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali" e della D.G.R. 69-481 del 2 agosto 2010;
- del collegamento della struttura con le U.V.G. ;
- del coordinamento dell'équipe multiprofessionale per quanto inerente l'elaborazione, l'attuazione e il monitoraggio del P.A.I.;
- del raccordo con le Aziende Sanitarie Regionali e con le relative strutture afferenti alla rete del percorso di Continuità assistenziale di cui alla D.G.R. n. 72-14420 del 20.12.2004.

#### **- Assistenza infermieristica**

Viene garantita attraverso le figure professionali infermieristiche per i tempi giornalieri indicati nella Tabella 1 con riferimento a ciascuna fascia d'intensità e livello di complessità.

Per gli ospiti di intensità Medio Alta, Media e fasce inferiori all'interno della struttura, la funzione infermieristica è altresì garantita anche attraverso la pronta reperibilità notturna.

#### **- Assistenza tutelare alla persona**



I fabbisogni individuali di tipo assistenziale e tutelare sono garantiti tramite la figura professionale dell'OSS (Operatore Socio Sanitario), in possesso della relativa qualifica professionale.

Gli operatori privi della suddetta qualifica, in servizio alla data di emanazione del presente provvedimento, concorrono alla copertura dei fabbisogni individuali di tipo assistenziale e tutelare purché frequentanti un corso di formazione per il conseguimento della qualifica di O.S.S..

Dalla data del presente provvedimento, non è possibile assumere personale privo della qualifica O.S.S. per le funzioni di assistenza tutelare alla persona.

L'erogazione delle prestazioni di assistenza tutelare, da garantirsi nell'arco delle 24 ore per i tempi indicati nella Tabella 1 con riferimento a ciascuna fascia d'intensità e livello di complessità, è rivolto a soddisfare i fabbisogni individuali degli ospiti, come definiti nei rispettivi progetti individuali.

L'assistenza tutelare alla persona comprende la pulizia e il riordino degli ambienti di vita privata (letto, comodino) dell'ospite, nonché l'attività di imboccamento degli ospiti non in grado di provvedere autonomamente.

Il numero degli operatori è tale da garantire anche i turni notturni e festivi.

#### **- Attività di riabilitazione, mantenimento psico-fisico professionale.**

La struttura garantisce le prestazioni professionali inerenti la riabilitazione, il mantenimento psico-fisico. Le predette attività sono di competenza delle figure professionali afferenti all'area delle professioni sanitarie riabilitative. Il fisioterapista è presente in struttura tre giorni alla settimana dalle ore 8,00 alle ore 12,00, solitamente il martedì, mercoledì ed il sabato.

Ai fini dell'accreditamento, quanto previsto dal punto 8/A a), dell'allegato B "Strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie per anziani" della D.G.R. 25-12129 del 14 settembre 2009, si intende come prestazione ulteriore rispetto al minutaggio di cui alla Tabella 1.

#### **- Altre attività**

Per gli ospiti ricoverati in regime convenzionale con il SSR, l'assistenza specialistica, farmaceutica e protesica, nonché ogni altra prestazione diagnostico-terapeutica, sono garantite dall'A.S.L. secondo le necessità degli ospiti.

La fornitura di protesi ed ortesi, previste dall'Elenco 1 del DM 332/99 sono garantite direttamente dalle A.S.L. di residenza degli ospiti, secondo le disposizioni delle vigenti normative.

L'A.S.L. garantisce, altresì, direttamente:

\* la fornitura diretta dei farmaci per gli ospiti inseriti nelle strutture socio-sanitarie accreditate, sulla base di quanto previsto nel rispettivo Prontuario Terapeutico Aziendale (PTA), il quale deve essere adeguato alle necessità e bisogni specifici dell'assistenza farmaceutica nelle strutture residenziali.

\* la fornitura dei prodotti per la Nutrizione Artificiale, dei supplementi nutrizionali orali calorici (per pazienti malnutriti) e dei sostituti dell'acqua (per pazienti disfagici), sulla

base del piano nutrizionale, predisposto da operatori sanitari afferenti alla rete regionale delle SODNC (Strutture Operative di Dietetica e Nutrizione Clinica);

\* la fornitura di materiale di medicazione avanzata, sulla base di piani terapeutici rilasciati da Specialisti del SSN, nei quadri clinici e con le modalità di prescrizione previste dalle attuali disposizioni regionali.

### **- Attività di animazione**

Viene garantita attraverso la figura professionale dell'animatore.

E', svolta da una animatrice tre volte alla settimana (LUNEDI' – MERCOLEDI' – VENERDI').

Sono previsti momenti di ricreazione e occupazione vari che comprendono diverse attività volte alla socializzazione in modo da impegnare gli ospiti secondo le loro esperienze ed attitudini.

Le attività dell'animatore e/o del terapeuta occupazionale possono essere utilmente impiegate ai fini del raggiungimento degli obiettivi assistenziali prefissati nei progetti assistenziali, per un totale complessivo di ore settimanali proporzionalmente ai posti letto autorizzati.

### **- Visite specialistiche**

Le visite specialistiche, richieste dal medico curante per gli utenti residenziali, sono effettuate, preferibilmente nella struttura stessa e quando possibile alla presenza del richiedente. In caso di visite ove sia necessario il trasferimento dell'utente per le prestazioni diagnostiche, è cura del personale della struttura provvedere ad organizzare il trasporto, utilizzando idoneo mezzo.

### **- Assistenza protesica, integrativa e farmaci**

Per tutti gli Ospiti ricoverati in Struttura, residenti in Regione Piemonte, l'assistenza specialistica, protesica, integrativa, farmaceutica e le prestazioni diagnostico-terapeutiche sono garantite dall'ASL TO5, ove possibile direttamente presso il presidio stesso, secondo le necessità degli ospiti.

Per quanto riguarda l'assistenza protesica ed integrativa si specifica quanto segue:

- la fornitura di protesi ed ortesi, previste dagli elenchi 1, 2 e 3 del D.M. 332/99 è garantita dalle A.S.L. di residenza degli Ospiti, sia per gli ospiti in regime di Convenzione sia per quelli in regime privato secondo le disposizioni delle vigenti normative e dell'organizzazione delle singole ASL;

- letti, cuscini e materassi antidecubito, nonché sollevatori con relative imbracature, con le caratteristiche previste dal D.M. 332/99, devono essere garantiti dalla Struttura;

- la fornitura di presidi antidecubito, con caratteristiche particolari deve essere a carico dell'ASL di residenza della persona inserita in struttura in base ad uno specifico progetto assistenziale definito con il Distretto dell'ASL di residenza.

L'ASL to 5 garantisce per gli ospiti in regime di convenzione sia in regime privato:

- La fornitura diretta dei farmaci per gli ospiti inseriti nelle strutture socio-sanitarie, sulla base di quanto previsto nel rispettivo prontuario terapeutico Aziendale (PTA), il quale deve essere adeguato alle necessità e bisogni specifici dell'assistenza farmaceutica nelle strutture residenziali.

L'erogazione di farmaci non presenti nel PTA (farmaci ad personam o farmaci in fascia C) agli ospiti delle strutture socio-sanitarie è valutata dalla Commissione Terapeutica Aziendale;

- La fornitura diretta dei prodotti per la Nutrizione Artificiale, dei supplementi nutrizionali orali calorici (per pazienti malnutriti) e dei sostituti dell'acqua (per pazienti disfagici), sulla base del Piano nutrizionale.
- La fornitura diretta di materiale di medicazione avanzata, sulla base di piani terapeutici rilasciati da Specialisti del SSN, nei quadri clinici e con le modalità di Prescrizione previste dalle attuali disposizioni regionali. I dispositivi individuati devono essere previsti nel prontuario Aziendale; per quanto riguarda la fornitura del materiale di medicazione, la struttura deve essere dotata del materiale necessario all'intervento episodico o acuto; mentre per il materiale necessario per medicazioni continue o riferite a piani terapeutici, prescrivibili direttamente dai MMG, si applica quanto previsto dalla DGR 21-11426 del 18.5.2009.
- Fornitura diretta del materiale necessario all'automonitoraggio glicemico per pazienti diabetici;
- Ossigenoterapia, erogata direttamente dall'ASL to5 (territorio in cui insiste la struttura);

Per gli ospiti residenti in ASL diversa dall'ASL TO5 , le due ASL interessate dovranno concordare le modalità di

Il Direttore Sanitario della struttura i deve raccordare con i Servizi Aziendali competenti dell'ASL in cui è ubicata la struttura per dare attuazione a quanto sopra indicato, compatibilmente con i modelli organizzativi in essere presso le singole ASL.

I farmaci non esenti (fascia C), se non ricompresi nel Prontuario farmaceutico Aziendale , sono soggetti a rimborso a carico dell'Utente/Comune , prevista presentazione della ricetta medica nominativa e relativi scontrini fiscali.

## **- Trasporti**

E' altresì organizzato il servizio di trasporto relativo o trasferimenti in ambulanza per l'effettuazione di prestazioni diagnostiche e specialistiche, qualora non erogabili direttamente in struttura, e a trasferimenti per i collegamenti ospedale-residenza-domicilio-altre strutture con retta totalmente corrisposta dall'Azienda Sanitaria di appartenenza dell'utente (ricompresa pertanto nella retta sanitaria a carico del FSR).

Detto servizio è a carico dell'utente per il rientro al domicilio, il trasferimento in altra struttura per motivi e/o per esigenze personali diverse da quelle di ordine sanitario o socio-assistenziale di cui al precedente capoverso. I costi relativi sono indicati in apposite tabelle pubblicate mediante affissione nei locali della struttura.

## **Art. 5 – PRESTAZIONI ALBERGHIERE**

### **Sveglia/riposo**

La sveglia per gli utenti residenziali è prevista per le ore 7,00, ma l'utente può scegliere di essere alzato in orario successivo; la colazione è servita in camera. Anche l'orario notturno, previsto tra le 19,30 e le ore 21,00, può essere posticipato su richiesta dell'Ospite.

## Servizio di ristorazione

Il servizio di ristorazione, garantisce all'interno della struttura socio sanitaria un servizio mensa adeguato sotto il profilo dietetico-nutrizionale e della sicurezza alimentare e rappresenta un presupposto di basilare importanza sia per il mantenimento ed il recupero delle condizioni di salute degli ospiti sia per favorire, nella fase di distribuzione e somministrazione degli alimenti, lo sviluppo di momenti di socializzazione ed integrazione ambientale.

la somministrazione dei pasti anche a letto dell'ospite, comprende l'imboccamento alle persone che non sono in grado di provvedere autonomamente.

Viene dedicato particolare impegno e le necessarie risorse affinché il servizio di ristorazione risponda ai seguenti requisiti:

- \* ambiente gradevole, confortevole e caratterizzato da uno scrupoloso rispetto delle condizioni igieniche delle strutture;
- \* tempi per i pasti compatibili con i ritmi di vita delle persone anziane;
- \* qualità e varietà dei cibi che si concreta anche con la possibilità di scelta e l'adozione di menù personalizzati, visti dall'A.S.L. competente per territorio. In ogni caso la scelta alimentare va prevalentemente orientata su cibi freschi (preferibilmente cucinati in loco), di stagione, provenienti dal territorio in modo da poter consentire, attraverso il recupero del vissuto dell'anziano, la rievocazione di sensazioni e ricordi, importante contributo al mantenimento dell'equilibrio psico-fisico dell'ospite;
- \* sicurezza sanitaria che deve essere garantita mediante efficace controllo sanitario (documentale ed ispettivo) della qualità delle materie prime; controlli sulle modalità di preparazione, confezionamento e conservazione dei cibi, igiene del personale, dei locali e delle attrezzature;

I pasti sono preparati all'interno della struttura, in conformità alle disposizioni dell'A.S.L. secondo tabelle idoneamente studiate dal punto di vista dietetico e nutrizionale, e sono serviti nei refettori dei vari piani dell'edificio secondo il seguente orario:

- |   |           |                 |
|---|-----------|-----------------|
| - | Colazione | ore 07,00       |
| - | Pranzo    | ore 12,00       |
| - | Merenda   | ore 16,00       |
| - | Cena      | ore 18,00/18,30 |

La giornata alimentare è organizzata in base al progetto Nutrizione che, attraverso una dieta specifica, si pone l'obiettivo di prevenire i disturbi del comportamento e migliorare quindi la qualità della vita dell'ospite, garantendo anche un buon livello di idratazione con la verifica di un adeguato consumo quotidiano di liquidi assunti sotto forma di bevande.

E' stata frammentata la giornata alimentare in più momenti: somministrazione di abbondanti carboidrati a pranzo a digestione rapida e di proteine a merenda e a cena, a digestione lenta per prevenire l'agitazione crepuscolare e affrontare meglio il digiuno della notte.

Alzata e colazione in camera differenziate: offrono una maggior flessibilità in base agli orari di sveglia permettendo agli ospiti di mantenere il più possibile le loro abitudini e favorire un risveglio sereno.

Dopo l'igiene: colazione abbondante con latte, the, orzo, biscotti, fette biscottate con confettura.

Pranzo: con possibilità di scelta del menu e/o diete personalizzate, ore 12,00 circa; un primo abbondante con alternativa, un secondo con alternativa, verdure e caffè d'orzo.

Distribuzione merenda: alle ore 16,00 circa, budino, yogurt o succo di frutta e brioche.

Cena: con possibilità di scelta del menu e/o diete personalizzate; ore 18,00/18,30 circa; un primo, un secondo, verdure, mele cotte o fruttino.

Tisana della buona notte: limonata, camomilla o the.

### **Servizio di Pulizia**

Le pulizie delle camere e degli ambienti comuni di norma, sono effettuate nella mattinata.

I servizi e le prestazioni di cui sopra sono ricompresi nella tariffa globale giornaliera, la struttura non richiede somme aggiuntive alla retta a carico dell'ospite.

Tale servizio comprende anche il cambio della biancheria da camera e da bagno con cadenza giornaliera e, in ogni caso, tutte le volte che si rende necessario.

### **Lavanderia**

Gestione della biancheria piana presso la "lavanderia industriale" e della biancheria personale degli ospiti all'interno della struttura.

### **Parrucchiere**

Include le attività connesse con l'igiene personale: lavaggio e asciugatura (almeno settimanale) e taglio (almeno mensile).

Possono essere richieste prestazioni straordinarie, i cui costi sono a carico del richiedente ed affissi nel locale adibito a tale attività.

Anche le cure estetiche, qualora non previste nel Piano Individuale (PAI) o dal medico per esigenze sanitarie, sono a carico dell'utente.

### **Supplementi a richiesta dell'ospite – servizi aggiuntivi**

L'ospite, a richiesta, può essere inserito in camere con accessori ulteriori rispetto a quelli previsti dalla normativa regionale per le strutture socio-sanitarie per anziani e diverse da quelle previste dal successivo punto "servizi aggiuntivi", per cui è prevista una quota socio-assistenziale differenziata.

Riguardo a tali prestazioni gli ospiti sono dettagliatamente informati, all'atto dell'inserimento, in merito agli eventuali servizi (quali ad es. supplementi per camera singola e/o per camera con accessori ulteriori, etc.) che possono essere offerti dalle strutture residenziali con oneri a totale carico degli ospiti stessi, garantendone trasparenza e possibilità di scelta di usufruirne o meno (es. TV e/o telefono)

Tali prestazioni:

\* esplicitate e quantificate nel loro importo giornaliero a carico dell'utente;

\* concordate fra l'utente e la struttura nell'ambito del contratto d'accoglienza, e sottoscritto da entrambe le parti;

\* rendicontate mensilmente all'utente, da parte della struttura residenziale erogante, specificando la tipologia del servizio/prestazione ed il relativo importo giornaliero richiesto all'utente.

Le A.S.L. e gli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, sulla base delle rispettive competenze, sono responsabili di garantire l'osservanza delle suddette disposizioni effettuando le necessarie azioni di vigilanza e, nel caso di reiterato accertamento di inadempienza, provvedono all'adozione degli opportuni provvedimenti relativamente all'accreditamento delle strutture residenziali interessate.

### SERVIZI AGGIUNTIVI

Le strutture accreditate, che offrono servizi aggiuntivi (non afferenti alle prestazioni inserite nei L.E.A. incluse nella tariffa), possono proporre una quota per servizi aggiuntivi, proporzionata al livello dei servizi alberghieri e socio-assistenziali offerti.

La Casa di Riposo "Avv. G. Forchino" offre ad esempio:

- a) - Per la richiesta di presidi ed ausili specifici o particolari per ogni singolo Ospite provvede la struttura tramite apposita richiesta da presentare all'ASL tramite le procedure previste. Il servizio infermieristico avrà anche cura di prenotare tutte le visite e gli esami richiesti dal medico curante.
- b) Per i trasporti a visite specialistiche esterne a pagamento, esami diagnostici, visite ambulatoriali richieste dal medico curante, ed emergenze, è in atto una Convenzione con la Croce Rossa Italiana, secondo la quale verrà applicata agli Ospiti dell'ente una tariffa agevolata, salvo per gli Ospiti in Convenzione con l'ASL per i quali il trasporto è gratuito.

### **- Assistenza religiosa**

E' prevista la libertà di culto nel rispetto delle esigenze personali e comunitarie. A tale proposito sono previsti accordi con le autorità religiose locali. All'interno della struttura è ubicata una piccola cappella.

### **Centralino e Portineria**

Il servizio è attivo sette giorni su sette. E' previsto l'uso di apparecchi telefonici in camera con onere a carico dell'utente.

Presso il punto di accoglienza è custodita e smistata la posta degli utenti.

### **Servizi amministrativi**

Tutte le pratiche amministrative, compresa la contabilità, , vengono svolte negli uffici amministrativi.

L'orario di ricevimento al pubblico è il seguente:

dal LUNEDI' al VENERDI'

- 10,00 – 12,30
- 14,30 – 17,00

▪

## **Art. 6 – ACCESSO A FAMILIARI E VISITATORI - ORARIO VISITE**

Gli orari di accesso alla struttura per visite dei familiari, degli amici e dei conoscenti agli ospiti sono i seguenti:

Invernale: 8,00 – 20,00

Estivo: 8,00 – 21,30

Pur non essendo gli orari suesposti rigidi, necessità diverse, è preferibile che vengano concordate con l'Amministrazione ed in ogni caso è opportuno evitare visite durante i pasti e il riposo al fine di salvaguardare sia l'igiene (momento dei pasti) che la privacy dell'ospite (riposo).

### **Permessi speciali:**

Solo in alcuni casi (ospiti particolarmente bisognosi di assistenza) si concedono permessi speciali per accedere alle sale da pranzo ed agli altri locali. In tali casi di, si suggerisce solo un'attenzione particolare per le ore notturne, durante la somministrazione dei pasti o nel corso dell'espletamento di altri servizi di cura della persona o di terapia.

E' consentito ai visitatori e ai parenti di consumare i pasti in compagnia dei propri congiunti prenotando con un giorno di anticipo presso la Direzione. Verrà compilato un buono e rilasciata una copia al parente.

Il costo del pasto, consumato dai visitatori sarà applicato sulla retta come servizio aggiuntivo.

Eventuali interventi di persone, estranee all'organizzazione della struttura, per compagnia dell'ospite, vanno preventivamente concordati con la Direzione della Struttura. In ogni caso, la Struttura è totalmente estranea a qualsiasi rapporto con la persona che è chiamata a prestare compagnia all'Ospite.

## **Art 7 - ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO, SERVIZIO CIVILE E ALTRE COLLABORAZIONI**

I rapporti con enti ed associazioni locali sono curati e stimolati e la Struttura è aperta a tutti i cittadini ai quali si richiede il rispetto e l'attenzione che si riservano quando ci si reca al domicilio di altre persone.

All'interno della Struttura sono autorizzate persone che prestano la loro opera in forma di volontariato ed è svolta in orari prestabiliti durante la giornata.

Infatti è presente in struttura l'Associazione A.V.O. che programma feste di compleanno mensili, balli e intrattenimenti ludici e musicali, concordati annualmente.

Si precisa altresì che, qualora l'ospite o il familiare, oltre ai servizi prestati dall'Ente, desiderasse l'intervento di appoggio e sostegno privato, si tratterebbe di un rapporto del tutto privato con l'Associazione ARCOBALENO di Santena, con esonero da parte dell'Ente d'ogni responsabilità in merito, anche sul piano fiscale, assicurativo e previdenziale.

## **Art. 8 - CENTRI DI RESPONSABILITA'**

### **- Il Responsabile di Struttura:**

E' presente la figura del Responsabile di Struttura.

La presenza del responsabile di Struttura è garantita, proporzionalmente al numero di posti letto autorizzati (almeno 22 ore settimanali)

Al Responsabile di struttura sono assegnati compiti di organizzazione generale delle attività, nonché la verifica del raggiungimento degli obiettivi e la vigilanza sugli aspetti qualitativi dei servizi forniti agli ospiti.

Il Direttore di Comunità Socio-sanitaria deve essere in possesso del titolo di cui alla D.G.R. 35-9199 del 14 luglio 2008 o almeno triennale esperienza di direzione di strutture socio-sanitarie o sanitarie.

Qualora vengano attivati, su base provinciale, corsi di riqualifica (per occupati, in deroga ore), le persone non ancora in possesso del titolo di cui alla D.G.R. 35-9199/2008, ma con triennale esperienza di direzione di strutture socio-sanitarie o sanitarie, dovranno obbligatoriamente parteciparvi.

In particolare il Direttore di Comunità Socio-sanitaria:

- \* è responsabile della gestione del budget assegnato, nel rispetto delle spese autorizzate;

- \* coordina il collegamento della residenza con le U.V.G. per quanto inerente l'elaborazione, la gestione e monitoraggio del P.A.I. nei casi dove non sia presente il Direttore Sanitario;

- \* è responsabile ed organizza e gestisce tutte le risorse umane operanti nella Struttura in particolare in ordine alla gestione dei contratti di lavoro ed alla copertura dei posti necessari in base alle fasce assistenziali previste;

- \* è responsabile dell'equipe multidisciplinare interna alla struttura nei casi dove non sia presente il Direttore Sanitario;

- \* è responsabile dell'applicazione delle norme vigenti in materia di sicurezza, privacy, e sicurezza alimentare.

## **L'AUTOCONTROLLO DEI SERVIZI**



Per garantire l'efficienza e l'efficacia dei servizi erogati occorre controllarli. La Casa di Riposo "Avv. G. Forchino" utilizza sistemi di controllo dei propri servizi che partono da un programma di tutti gli interventi e di tutti i processi, dell'utilizzo di personale qualificato e di strumenti e tecnologie all'avanguardia.

Lo scopo è quello di indirizzare al meglio le risorse e proporre risposte personalizzate.

Tra gli strumenti adottati dall'Ente importanti sono il sistema chiamato "CONTROLLO DIGESTIONE" e il sistema chiamato "CONTROLLO DELLA QUALITÀ". Il primo consente di monitorare il nostro lavoro misurandone l'efficacia ed i costi; il secondo consente di monitorare il livello di qualità dell'organizzazione.

Un altro importante strumento di lavoro che usiamo è il Piano di Assistenza Individualizzata. Esso è il progetto personalizzato di ospitalità per ciascun ospite. Esso viene definito con il contributo di tutte le figure professionali operanti in struttura, durante un incontro definito tecnicamente U.O.I. (Unità Operativa Interna).

Nel corso dell'U.O.I., in base ai bisogni rilevati, vengono definite le tipologie d'intervento, le modalità da seguire e le professionalità coinvolte al fine di fornire una risposta specifica a misura del singolo ospite.

A cadenze regolari viene verificata la validità degli interventi e le risposte dell'ospite per una conferma o per ridefinire il progetto individuale.

Il P.A.I. (Progetto Assistenziale Individuale) formulato durante le U.O.I. ed il controllo di gestione e di qualità sono strettamente legati.

Questo legame è garantito dai responsabili di modulo, persone che lavorano per l'attuazione e la coerenza tra le finalità generali e quanto viene svolto quotidianamente.

I fattori determinanti di ogni intervento sono il tempo e le risorse a disposizione. Proprio per questo con il controllo di gestione si definiscono, per ogni momento della giornata, la durata e le prestazioni offerte dalle singole figure professionali. L'obiettivo è offrire gli interventi previsti dal progetto individuale dell'ospite.

Fin dal principio è possibile quindi valutare la coerenza tra prestazioni previste e pianificate rispetto alle risorse disponibili in termini di personale e di tempo. Si possono inoltre stabilire dei protocolli di lavoro condivisi da tutti e in seguito, dato che ogni processo viene monitorato si possono verificare quali risultati sono stati ottenuti.

## **RAPPORTI CON LA COMUNITÀ LOCALE**

I rapporti con enti ed associazioni locali sono curati e stimolati e la Struttura è aperta a tutti i cittadini ai quali si richiede il rispetto e l'attenzione che si riservano quando ci si reca al domicilio di altre persone.

I cittadini, che desiderano prestare volontariato presso i Reparti, potranno farlo attraverso le associazioni di volontariato, tra cui l'Associazione "AVO" ed il Centro Anziani di Santena, il Gruppo Alpini di Santena e la PRO LOCO di Santena.

## **Art. 9 - DECALOGO DEI DIRITTI DEGLI OSPITI** (DGR n. 45-4248 del 30.07.2012.)

L'Ospite ha:

- Diritto alla vita – ogni persona deve ricevere la tempestiva, necessaria e appropriata assistenza per il soddisfacimento dei bisogni fondamentali per la vita;
- Diritto di cura ed assistenza – ogni persona deve essere curata in scienza e coscienza e nel rispetto delle sue volontà;

- Diritto di prevenzione – ad ogni persona deve essere assicurato ogni strumento atto a prevenire rischi e/o danni alla salute e/o alla sua autonomia,
- Diritto di protezione – ogni persona in condizioni di disagio deve essere difesa da speculazioni e raggiri;
- Diritto di parola e di ascolto – ogni persona deve essere ascoltata e le sue richieste soddisfatte nel limite del possibile;
- Diritto di informazione – ogni persona deve essere informata sulle procedure e le motivazioni che sostengono gli interventi a cui viene sottoposta;
- Diritto di partecipazione – ogni persona deve essere coinvolta sulle decisioni che la riguardano;
- Diritto di espressione – ogni persona deve essere considerata come individuo portatore di idee e valori ed ha diritto di esprimere le proprie opinioni;
- Diritto di critica – ogni persona può dichiarare liberamente il suo pensiero e le sue valutazioni sulle attività e disposizioni che la riguardano;
- Diritto al rispetto ed al pudore – ogni persona deve essere chiamata con il proprio nome e cognome e deve essere rispettata la sua riservatezza ed il suo senso del pudore;
- Diritto di riservatezza – ogni persona ha diritto al rispetto del segreto su notizie personali da parte di chi eroga direttamente o indirettamente l'assistenza;
- Diritto di pensiero e di religione – ogni persona deve poter esplicitare le sue convinzioni filosofiche, sociali e politiche nonché praticare la propria confessione religiosa.

#### **Art. 10 - NORME DI INTERESSE GENERALE**

Il personale in servizio deve indossare sempre una divisa decorosa e pulita, specifica per ogni figura professionale (camice o tuta davanti e grembiule) e avere il cartellino di riconoscimento con l'indicazione del nome, cognome e qualifica.

Il personale non è autorizzato a gestire denaro o preziosi per conto degli Ospiti, né conservare valori, libretti di banca, oggetti personali o altro. Per eventuali necessità di custodia occorre rivolgersi agli uffici amministrativi della struttura.

Inoltre l'Ospite non può richiedere al personale prestazioni non previste dal normale programma di servizio. Eventuali avvalimenti di persone estranee all'organizzazione della struttura, per eventuale compagnia all'ospite, deve essere preventivamente concordata con la Direzione e da essa autorizzata.

In ogni caso la struttura è totalmente estranea a qualsiasi rapporto con la persona che è chiamata a prestare compagnia all'Ospite.

Nel caso l'utente desideri avanzare richieste straordinarie o segnalare inadempienze può rivolgersi al Responsabile di Struttura o al Direttore Sanitario.

#### **Art 11 - MODALITÀ DI PAGAMENTO**

L'ospite è tenuto al pagamento della retta mensile, (sanitaria ed alberghiera) stabilita con propria deliberazione dal Consiglio d'Amministrazione, in accordo con gli enti gestori del territorio ed ai sensi della normativa regionale vigente in materia.

Le rette dovute sono di due categorie:

1. RETTA PER AUTOSUFFICIENTI (retta alberghiera)  
Varia in base al tipo d'alloggiamento, camera singola con bagno o camera doppia con bagno in comune, etc.
2. RETTA PER NON AUTOSUFFICIENTI CON INSERIMENTO IN REGIME PRIVATO (retta alberghiera + retta sanitaria)  
Varia oltre che in base al tipo di alloggio (retta alberghiera), anche in base al grado di non autosufficienza (retta sanitaria), si precisa che quest'ultima è dovuta quando sia stata accertata e certificata la non autosufficienza dall'Unità Valutativa Geriatria dell'A.S.L. o da personale medico a tal fine incaricato dall'Ente.
3. RETTA PER NON AUTOSUFFICIENTI CON INSERIMENTO IN CONVENZIONE: l'ASL di appartenenza dell'Ospite garantisce il pagamento della retta sanitaria, mentre la retta alberghiera è a carico dell'ospite medesimo. Quest'ultimo deve informare senza ritardo la struttura dell'eventuale impossibilità economica per il pagamento di quanto dovuto ed attivare il competente Ente gestore dei servizi Socio Assistenziali per l'eventuale ammissione all'integrazione della retta.

Il pagamento della retta dà diritto a godere del vitto, dell'alloggio, del riscaldamento e di tutti i servizi generali sanitari e collettivi erogati dall'Ente

#### ESCLUSIONI

Non sono compresi nella retta per gli Utenti inseriti in forma privata:

- Il costo dei medicinali personali prescritti dal medico curante e non a carico del S.S.N.
- Visite specialistiche a pagamento o ticket per visite e analisi di laboratorio
- Costo trasporto in ambulanza, in ospedale o ambulatori, per visite specialistiche e/o esami
- Presidi e ausili sanitari (pannoloni, protesi, etc.)
- Carrozze e ausili per la deambulazione
- Uso del telefono
- Generi di conforto non previsti nella giornata alimentare
- Prodotti e necessaire per l'igiene personale, tranne materiale monouso e tutti i prodotti e detersivi comuni per l'igiene.
- Servizio di lavanderia e stireria del vestiario personale

La retta deve essere pagata in via anticipata entro il termine tassativo compreso tra il giorno 7 e il 15 d'ogni mese, alla Tesoreria dell'Ente secondo le modalità specificate nella fattura.

Nel caso di ritardato pagamento della retta per cause non imputabili all'Ente, è facoltà della Direzione, sentito il Consiglio di Amministrazione, di applicare gli interessi di mora, nella misura degli interessi legali annui in vigore, dal primo giorno del mese successivo a quello di riferimento sino al giorno antecedente la valuta dell'effettuato pagamento.

\* Ospiti inseriti in Convenzione:

Per gli Ospiti inseriti in Convenzione, senza integrazione da parte dei servizi socio assistenziali, valgono gli stessi termini di pagamento per quanto riguarda esclusivamente la retta alberghiera pari al 50% della retta complessiva.

\* Ospiti inseriti in Convenzione con integrazione da parte dei servizi socio assistenziali:

Anche per gli ospiti inseriti in Convenzione, con integrazione da parte dei servizi socio assistenziali è previsto il pagamento in via anticipata dal 5 al 15 del mese esclusivamente per quanto riguarda la quota a carico dell'Ospite, ove prevista.

La retta completa decorre dal 1° giorno di presenza nella Casa di Riposo.

Dal momento dell'impegno della camera (comunicazione della Direzione di posto disponibile ed accettazione del richiedente) alla data d'effettiva presenza, per assenze indipendenti dall'amministrazione dell'ente, l'ospite deve corrispondere i due terzi della retta alberghiera.

In caso di dimissioni volontarie, con esclusione degli Ospiti in Convenzione, l'ospite deve darne comunicazione con 15 giorni d'anticipo, diversamente sarà tenuto al pagamento della retta per intero per il mancato preavviso.

Per gli ospiti inseriti in regime di Convenzione invece, al verificarsi dell'evento di decesso, trasferimento, allontanamento o ricovero temporaneo in altre strutture sarà cura della Direzione della struttura darne immediato preavviso al l'ASL di competenza e al gestore delle funzioni socio assistenziali:

a partire dal giorno successivo al verificarsi dell'evento non sarà più corrisposta la retta giornaliera a carico dell'ASL e, nei casi previsti, dal Soggetto gestore delle funzioni Socio Assistenziali. La retta giornaliera sarà nuovamente corrisposta in caso di rientro dell'Ospite in struttura previa contemporanea comunicazione all'ASL e all'Ente gestore dei servizi socio assistenziali.

- In caso di decesso o allontanamento definitivo dell'Ospite la casa di riposo provvederà a custodire in apposito locale di deposito gli effetti personali della persona deceduta.  
Dopo il 15° giorno del mese, non è previsto rimborso percentuale della retta pagata.

Se l'Ospite è inserito in regime di convenzione, in caso di ricovero ospedaliero, nulla è dovuto da parte dell'ASL all'ente e sono esclusi i giorni di ricovero e di dimissione in ospedale.

**RIDUZIONI e MANTENIMENTO DEL POSTO:**

L'ospite ha diritto ad una riduzione della retta e al mantenimento del posto nei seguenti casi:

- allontanamento dalla struttura per motivi personali, dimissioni, rientro momentaneo in famiglia;
- per ricovero in ospedale o casa di cura

La riduzione è pari alla quota giornaliera del costo del vitto per assenze superiori a 15 giorni consecutivi nei casi di allontanamento volontario e dal primo giorno di assenza per ricoveri in ospedali o case di cura.

\* Si precisa che ogni variazione dell'importo della tariffa complessiva, inclusi gli adeguamenti al tasso d'inflazione, saranno preventivamente approvati dall'ASL di competenza e dall'Ente gestore dei servizi socio-assistenziali di riferimento dell'Utente e comunicato tempestivamente al medesimo a cura della Struttura.

\* Il contratto di servizio, ai sensi della DGR n. 44-12758 del 7/12/09 sarà esposto ben visibile all'ingresso della casa di riposo nella bacheca "comunicati della casa di riposo".

## **Art 12 - DOCUMENTAZIONE E TUTELA DELLA PRIVACY**

A) Al momento del ricovero l'ospite dovrà portare con sé:

- Tessera sanitaria e l'eventuale certificazione dell'esenzione dal pagamento del ticket
- Codice fiscale
- Documento d'identità in corso di validità
- Documentazione predisposta dall'UVG ed eventualmente P.A.I., che sarà ridefinito in base ai bisogni attuali dell'anziano non autosufficiente. (la figura responsabile del P.A.I. è la Coordinatrice dei servizi infermieristico ed assistenziale)
- Esami medici e cartelle cliniche se in possesso
- Certificato medico attestante l'esenzione di malattie infettive
- La terapia in atto regolarmente prescritta dal medico curante
- Eventuali documenti attestanti l'invalidità
- Qualora l'Ospite sia residente in un Comune diverso da quello in cui ha la sede la Casa di Riposo, può scegliere il medico di base tra quelli presenti nel Comune di Santena. In ogni caso la scelta è, e deve essere, libera e personale.

-

### B) - DOCUMENTAZIONE GESTITA DALL'ENTE

La Casa di Riposo utilizza e conserva in sede, aggiornandoli, supporti cartacei al fine di acquisire e mantenere i dati relativi agli ospiti, che sono indispensabili per una adeguata cura ed assistenza agli stessi e per l'efficiente organizzazione della gestione della Struttura.

Per i quali sono rispettati i contenuti ed i criteri delle norme relative alla gestione dei dati sensibili (L. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni)

Garante della Privacy è il Responsabile di Struttura.

Vengono utilizzati i seguenti supporti:

**cartella ospite** comprendente; generalità, dati anagrafici, richieste specifiche dell'Ospite, osservazioni su aspetti del comportamento, recapito parenti, ecc.;

**il diario clinico** comprendente: redazione del medico inviante, scheda medica (da compilare all'ingresso), schede IADL, ADL, SPMSQ, terapia, documentazione diagnostica ed analisi cliniche, visite specialistiche e ricoveri ospedalieri;

**registro delle presenze degli Ospiti**

**registro delle terapie e diario infermieristico** (da conservarsi presso l'infermeria)

**schede assistenziali, P.A.I. (Piani Assistenziali Individualizzati)**

**quaderno delle consegne dei Reparti** (con l'annotazione dei servizi svolti durante il turno di lavoro e l'indicazione delle consegne lasciate al turno successivo); scheda bagni, evacuazione/minzione, Alimentazione, terapie, idratazione, mobilitazione, lesioni da decubito, pressione, ricoveri ecc.

## **PROGETTO DI GESTIONE**

- LA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

- SUDDIVISIONE DELLA STRUTTURA IN NUCLEI

- ASSEGNAZIONE CAMERE

- ATTIVITA' QUOTIDIANE E ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA

- SPOSTAMENTI, USCITE E RIENTRO IN STRUTTURA

- ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE: FIGURE PROFESSIONALI, COMPITI E TURNI

- CONTROLLO E VERIFICHE DEL PIANO DI ASSISTENZA

- RAPPORTI CON I FAMILIARI

- ASPETTI RELAZIONALI

- ORGANIZZAZIONE DELL'EMERGENZA

## **PROGETTO DI GESTIONE**

### **LA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE**

Le residenze sanitarie assistenziali (R.S.A.) si configurano come strutture extraospedaliere finalizzate a fornire accoglimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero a persone non autosufficienti, prevalentemente anziani, non assistibili al proprio domicilio.

Il D.P.C.M. del 29 novembre 2001, “DEFINIZIONE DEI Livelli Essenziali di Assistenza – L.E.A.” prefigura, tra le attività sanitarie e socio sanitarie territoriali, le attività residenziali e smi residenziali a favore di persone anziane non autosufficienti.

Il P.S.R., per il triennio 2007-2010, approvato il 24 ottobre 2007 al capitolo 4 “Integrazione socio sanitaria e cure primarie” prevede quale area prioritaria di intervento la “tutela della salute della persona anziana”, includendo, tra l’altro, la realizzazione dei percorsi assistenziali a favore di tali soggetti, secondo un modello organizzativo ispirato dal principio della continuità delle cure, assicurando, caso per caso, e per le differenti tipologie di bisogno, prevenzione, diagnosi precoce, cura efficace, riabilitazione e lungo assistenza.

Le R.S.A. devono corrispondere ai requisiti strutturali specifici indicati nel D.P.C.M. del 22.12.89 e s.m.i. che sono imperniati:

- sulla articolazione della zona residenziale in “nuclei” funzionalmente autonomi da 15-20 posti;
- sulla dotazione di servizi generali e collettivi;
- sulla presenza di servizi sanitari (ambulatorio, palestra di riabilitazione);
- sulla disponibilità di adeguati “spazi di vita collettiva”.

La D.G.R. n. 51 – 11389 del 23.12.2003 ha definito gli indirizzi e le linee guida per la realizzazione di un modello integrato tra area sanitaria e socio-assistenziale per la gestione ed erogazione delle attività socio-sanitarie di cui al D.P.C.M. 29.11.2001. La stessa ha individuato i criteri di ripartizione delle tariffe relative alle prestazioni erogate, tra quote a carico del FSR e quote a carico dell’Utente/Comune.

Il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale, approvato dal Consiglio regionale con deliberazione del 3 aprile 2012, n. 167-14087, ha individuato tra gli altri obiettivi la revisione del modello organizzativo di assistenza residenziale e semiresidenziale definito con D.G.R. n. 17 – 15226 del 30.03.2005, richiedendo una riduzione delle rigidità e delle segmentazioni, insite nel modello stesso.

Il nuovo modello organizzativo proposto dalle regione Piemonte con D.G.R. 45 – 4246 del 31 luglio 2013, è formulato sulla base del principio generale, contenuto nel D.Lgs. 502/1992 modificato ed integrato e nel D.P.C.M. 29/11/2001 (a cui l’art. 54 della L. 289/2002 ha dato forza di legge), secondo il quale è compito del Servizio Sanitario nazionale garantire le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, attraverso gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previsti dalla normativa vigente e riconducibili ai Livelli Essenziali di Assistenza.

L’area dell’integrazione socio-sanitaria è normata dall’art. 3 septies del D.Lgs. 502/1992 e, in attuazione, dal D.P.C.M. 14/2/2001 “Atto d’indirizzo e coordinamento in



materia di prestazioni socio-sanitarie". Tale normativa individua e definisce, nell'area dell'integrazione socio-sanitaria, le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, quelle sanitarie a rilievo sociale e quelle sociali a rilievo sanitario.

Il D.P.C.M. 29/11/2001, Allegato 1, punto 1.C, come recepito dalla D.G.R. n. 51-11389 del 23.12.2003, "Accordo Regione-territorio per l'applicazione dei L.E.A. sull'area socio-sanitaria", nell'ambito della titolarità sanitaria delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali, individua per ciascuna tipologia di carattere socio-sanitario, quelle che sono le prestazioni sanitarie e quelle sanitarie di rilevanza sociale nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali è stata prevista una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al S.S.N.

L'area di prestazioni interessata dal presente modello afferisce a quest'ultima tipologia e riguarda le "prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, compresi gli interventi di sollievo" erogate nel Livello di Assistenza "attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani" (rif. DPCM 29.11.2001, punto 1.C).

Obiettivi principali del nuovo modello sono:

- rimodulare, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA), il complesso di attività erogate dalla rete delle strutture pubbliche e private, articolandolo in un ventaglio più ampio di risposte disponibili e dotandolo di una maggiore flessibilità progettuale, organizzativa, gestionale e strutturale, al fine di renderlo maggiormente adeguato ai variegati bisogni che attualmente connotano la popolazione anziana non autosufficiente;
- ottenere un più efficiente utilizzo delle risorse sanitarie al fine di incrementare i posti letto convenzionabili;
- rispondere in maniera appropriata alle esigenze di continuità assistenziale degli anziani in dimissione al termine di ricoveri ospedalieri in acuzie e post-acuzie.

Ciò comporta una riorganizzazione delle prestazioni di assistenza residenziale sulla base delle specifiche esigenze delle persone assistite, attraverso un modello di risposta fondato su una maggiore flessibilità quali-quantitativa degli interventi, che trova nel Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.) la sua espressione operativa.

Sono state pertanto individuate le fasce assistenziali, elencate nella successiva Tabella 1, in cui si articola l'intensità delle prestazioni erogate nell'ambito dei L.E.A., all'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti:

- ✓ nucleo alzheimer temporaneo
- ✓ alta-incrementata
- ✓ alta
- ✓ medio-alta
- ✓ media
- ✓ medio-bassa
- ✓ bassa

La fascia d'intensità assistenziale è individuata sulla base delle modalità previste dalla D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2009.

Ogni fascia assistenziale individuata rappresenta uno standard complessivo minimo da garantire, in termini di tempi di assistenza giornalieri per ospite i quali, in base al principio dell'appropriatezza della risposta posto a fondamento del modello assistenziale, vengono assegnati ad ogni Progetto Individuale in relazione al bisogno assistenziale della persona.

Sono stati indicati, nella colonna “Tipologia di utenza” della Tabella 1, alcuni criteri di massima attraverso cui le U.V.G. procedono ad individuare la fascia d’intensità ed il livello di complessità da attribuire ad un intervento.

L’individuazione nella fascia di intensità assistenziale “Nucleo Alzheimer Temporaneo” è di carattere temporaneo per le tipologie di utenza di cui alla Tabella 1.

Al termine del periodo di ricovero nel N.A.T., nel caso in cui l’U.V.G. ravvisi la necessità di dare continuità all’intervento residenziale, ancorché in fascia di intensità assistenziale diversa, tale intervento si configura come continuità della presa in carico da parte del sistema integrato socio-assistenziale.

Nel nuovo modello tracciato, la risposta residenziale viene personalizzata e calibrata su un livello più adeguato al complesso dei bisogni di salute e di assistenza dell’anziano. Pertanto, l’organizzazione delle strutture erogatrici dell’assistenza residenziale deve essere orientata a garantire l’adattabilità della risposta in relazione alla specificità delle situazioni da trattare.

Il modello è fondato sul riconoscimento di un congruo livello di autonomia organizzativo gestionale agli enti erogatori degli interventi residenziali, introducendo elementi di flessibilità funzionali al miglioramento qualitativo dell’assistenza erogata, al razionale utilizzo delle risorse e, in linea generale, ad una più completa espressione dell’efficienza gestionale degli enti.

Ciascuna struttura erogatrice provvede ad articolare il proprio assetto gestionale, modulandolo per situazioni coesistenti e compatibili, in relazione alla fascia/fasce di intensità e livelli di complessità prestazionale complessivamente erogati, coerentemente con i principi e gli indirizzi stabiliti nel presente atto.

La struttura deve garantire, in base al Progetto Individuale definito dall’U.V.G., la coerenza fra i bisogni rilevati ed espressi nel progetto assistenziale e la globalità delle risposte sanitarie, socio-sanitarie ed alberghiere attivabili da parte della struttura.

Sulla base dell’articolazione organizzativa adottata per l’erogazione degli interventi relativi a ciascuna fascia, la struttura garantisce la copertura del fabbisogno complessivo di risorse tecnico-professionali, con riferimento agli standard prestazionali individuati nel modello allegato – Tabella 1, come definiti nei Progetti Assistenziali Individuali (P.A.I.) relativi a ciascun ospite.

La funzionalità del modello organizzativo-gestionale fondato sul principio della flessibilità degli interventi in relazione alla centralità dei bisogni dell’utente presuppone, in particolare, l’utilizzo coordinato del personale, da realizzarsi attraverso la costituzione di nuclei di figure professionali sanitarie e socio-assistenziali, coordinati ed operanti, in maniera integrata.

Tale flessibilità organizzativa risponde all’esigenza di realizzare una razionale ed unitaria gestione delle risorse a disposizione, ottimizzando l’impiego del personale, delle attrezzature, degli spazi assistenziali e dei posti letto in modo funzionale alle esigenze degli ospiti.

Le R.S.A. possono ospitare anche pazienti anziani dimessi dai presidi ospedalieri nell’ambito di progetti di continuità assistenziale o di dimissione protetta. Per questa tipologia assistenziale la struttura deve identificare al momento della richiesta dell’autorizzazione al funzionamento quale sia il nucleo/i dedicato a tale tipologia di attività e dovrà garantire gli standard assistenziali richiesti dal progetto individuale post dimissione.

Il fabbisogno di risorse professionali utilizzato è dichiarato tramite il riepilogo previsto dalla normativa che consente la verifica della corrispondenza dei minutaggi di tutte le professionalità impiegate rispetto a quanto definito nei P.A.I. degli ospiti. Il predetto riepilogo, vistato dal Responsabile di struttura, deve essere messo a disposizione degli organi di vigilanza in sede di sopralluogo ed esposto in locali della struttura accessibili al pubblico.

- D.G.R. n. 46- 27840 del 19/9/1999: “D.G.R. n. 46 – 26252 del 9/12/1998 “Accordo regionale per l’attività di assistenza sanitaria dei medici di Medicina Generale degli utenti in R.S.A. e R.A.F. della Regione Piemonte”. Modificazioni ed integrazioni”
- D.G.R. 1 marzo 2000, n. 29-29519: “Criteri di indirizzo per l’adeguamento della DGR 41- 42433/95 a quanto previsto dal D.Lgs 229/99”.
- D.G.R. n. 51 – 11389 del 23.12.2003, che definisce gli indirizzi e le linee guida per il modello integrato di assistenza residenziale socio – sanitaria a favore delle persone anziane.
- D.G.R. 20 dicembre 2004, n. 72 – 14420: “Percorsi di Continuità Assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente”;
- D.G.R. 14 settembre 2009, n. 25 – 12129, “ Requisiti e procedure per l’accreditamento istituzionale delle strutture socio –sanitarie”
- D.G.R. 22 marzo 2010, n. 64 -13649, Percorso di progressivo adeguamento delle tariffe per l’assistenza residenziale socio-sanitaria, in conseguenza degli intervenuti CC.CC.NN.LL.
- ;D.G.R. 45 -4247 del 31 luglio 2012, avente ad oggetto “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”.
- D.G.R. 85 – 4267 del 2 agosto 2013, recante Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012.

#### SUDDIVISIONE DELLA STRUTTURA IN NUCLEI.

L’Attività svolta in struttura è organizzata sulla base della suddivisione strutturale e funzionale in nuclei distinti come di seguito specificato:

- 1 nucleo residenziale R.S.A. per complessivi 22 posti letto al piano terreno;
- 1 nucleo residenziale R.S.A. per complessivi 30 posti letto ubicato al piano primo della struttura.
- 1 nucleo residenziale R.A.A. per complessivi 45 posti letto al piano secondo della struttura;

#### ASSEGNAZIONE DELLE CAMERE

Successivamente all’assegnazione della tipologia socio-assistenziale dell’Ospite, il Responsabile di Struttura, valutata la richiesta dello stesso e la caratterialità, stabilisce che non vi siano conflittualità con gli eventuali compagni di camera.

Le camere potranno essere personalizzate nei limiti del rispetto reciproco fra i conviventi; si consiglia, inoltre, l’uso di cuffie per ascoltare radio e televisione, al fine di non recare disturbo.

#### ATTIVITA’ QUOTIDIANE E ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA

## • LA GIORNATA TIPO:

Tra le ore 7,00 e le ore 8,00 è programmata la sveglia degli Ospiti con conseguente servizio in camera della colazione. Per gli Ospiti allettati è garantito il servizio di somministrazione e imboccamento.

Dopo la colazione e l'igiene mattutina iniziano le varie attività di animazione (programmate settimanalmente), di fisioterapia, Pet therapy, attività con gli alunni e i bambini delle scuole, ginnastica dolce, visite volontari A.V.O., e parenti, ecc.

Alle ore 11,30 per gli ospiti non autosufficienti, e alle ore 12,00 per gli Ospiti autosufficienti, inizia la distribuzione del pranzo presso i refettori dei reparti, secondo il menù approvato e vidimato dall'ASL – Servizio di Nutrizione. Si garantiscono diete specifiche e personalizzate per gli ospiti che ne necessitano e che hanno precise prescrizioni mediche.

Il personale Assistenziale procede con l'igiene personale degli Ospiti, al cambio biancheria personale e al rifacimento dei letti e, secondo programma, all'eventuale cambio lenzuola.

Verso le ore 13,00 il personale Assistenziale provvede alla sistemazione degli Ospiti non autosufficienti per il riposo pomeridiano e conseguente cambio biancheria.

Dopo il riposo pomeridiano riprendono le attività di intrattenimento e animazione (gioco delle carte, lettura, sala TV, feste compleanni, gite pomeridiane brevi con l'accompagnamento di volontari e dell'animatrice; per i trasferimenti esterni più lunghi si aggiungono una Infermiera professionale e un'Assistente O.S.S.), fisioterapia.

Dopo aver alzato tutti gli Ospiti non autosufficienti dal riposo pomeridiano, il personale Assistenziale procede all'effettuazione dei bagni, shampoo, pedicure, manicure ecc., secondo quanto previsto dal programma.

Dalle ore 16,00 alle ore 16,30 è prevista la distribuzione della merenda ed un ulteriore cambio biancheria. Gli Ospiti vengono continuamente sollecitati e idratati.

Alle ore 18,00 agli Ospiti non autosufficienti ed alle ore 18,30 agli Ospiti autosufficienti, viene servita la cena; successivamente si procede alla preparazione degli ospiti non autosufficienti per il riposo notturno e conseguente cambio biancheria.

Alle ore 20,00/20,30 viene distribuita dall'Infermiere Professionale la terapia farmacologica per la notte ad ogni Ospite.

Alle ore 20,30 /21,00 il personale assistenziale provvede alla distribuzione nelle camere di tutti gli Ospiti di camomilla calda o limonata.

Durante il turno notturno (dalle ore 22,00 alle ore 6,00) le Assistenti O.S.S. effettuano diversi giri di controllo degli Ospiti e, se necessario, provvedono al cambio del pannolone.

## SPOSTAMENTI, USCITE E RIENTRO IN STRUTTURA

Qualsiasi movimento esterno dell'Ospite va comunicato possibilmente e in modo preventivo al Responsabile di Reparto ed all'infermiere professionale di turno.

L'Ospite dovrà essere accompagnato da un parente ed indicare presumibilmente la data del rientro in struttura.

## SPOSTAMENTI INTERNI

La Direzione può stabilire trasferimenti interni in base a:

- sopraggiunte necessità dell'ospite di ricevere assistenza superiore a quella originariamente stabilita e quindi spostamento nel reparto che prevede maggior assistenza tutelare ed infermieristica.

- sopraggiunta ed accertata incompatibilità caratteriale fra gli Ospiti conviventi.

Gli spostamenti sono comunicati all'Ospite o al suo Parente/garante.

## ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE: FIGURE PROFESSIONALI, COMPITI E TURNI

All'ingresso della Struttura è affisso l'ORGANIGRAMMA di tutto il personale e l'orario di servizio settimanale di tutti gli operatori e delle varie figure professionali presenti in Struttura quali, il Presidente, gli Amministratori, il Responsabile di Struttura, il medico consulente ecc.

### *Responsabile di Struttura*

La direzione della Struttura è affidata ad un responsabile di struttura dipendente dell'Ente ad esso sono affidati i seguenti compiti:

\_ è Referente dell'ente nei rapporti generali con la ditta appaltatrice;

\_ è responsabile della qualità delle attività alberghiere che si svolgono all'interno della struttura;

\_ coordina le attività che si svolgono all'interno della struttura con gli altri servizi zonali socio sanitari assistenziali (Enti socio assistenziali ASL TO5);

\_ verifica e controlla i rapporti economico-finanziari con la ditta appaltatrice

\_ gestisce, verifica e controlla i rapporti con le organizzazioni di volontariato autorizzate a operare all'interno della struttura e con gli Enti preposti all'autorizzazione del servizio civile;

\_ coordina l'attività di elaborazione, gestione e monitoraggio dei Piani assistenziali (P.A.I.), nonché il collegamento con l'UVG per garantire la costante coerenza fra il progetto individuale ed il relativo P.A.I. esecutivo;

\_ è responsabile dell'equipe multidisciplinare interna alla struttura;

\_ controlla i costi relativi alla gestione e rendiconta al Consiglio di amministrazione dell'Ente;

\_ verifica l'espletamento delle prestazioni oggetto di appalto per la gestione della Residenza.

### *Direttore Sanitario*

La direzione sanitaria della struttura è affidata a un Medico con specializzazione in igiene, medicina preventiva e interna tre volte alla settimana esperto in organizzazione dei servizi sanitari extra ospedalieri.

Il Direttore Sanitario:

- è responsabile dell'andamento complessivo dell'assistenza sanitaria della struttura, affinché la medesima si espliciti in modo corretto ed adeguato alle necessità degli ospiti;
- all'ingresso dell'ospite in Struttura provvede ad organizzarne l'accoglienza, compresa la valutazione delle condizioni psico-fisiche;
- è responsabile del coordinamento e dell'integrazione delle diverse componenti di assistenza onde assicurare le migliori condizioni psico-fisiche degli utenti della struttura;
- è responsabile degli aspetti igienico sanitari della struttura, della completezza della cartella sanitaria, della supervisione sulla salute psico-fisica degli ospiti;
- è responsabile del raccordo e dell'armonizzazione degli interventi erogati dalle diverse componenti sanitarie, socio-sanitarie all'interno delle équipe multidisciplinari interne;
- del coordinamento dell'assistenza medica e specialistica effettuata all'interno della struttura, rispettivamente da parte dei Medici di medicina generale e degli specialisti sia ambulatoriali che ospedalieri;
- della verifica delle modalità e della qualità delle prestazioni rese, ai sensi delle vigenti normative e degli accordi collettivi in essere, da parte dei Medici di Medicina Generale;
- del coordinamento dell'équipe multidisciplinare per quanto attiene alla valutazione dell'anziano al momento dell'inserimento in struttura e durante la permanenza, nonché le valutazioni e rivalutazioni ai sensi del D.M. 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali" e della D.G.R. 69-481 del 2 agosto 2010;
- del collegamento della struttura con le U.V.G. ;
- del coordinamento dell'équipe multi professionale per quanto inerente l'elaborazione, l'attuazione e il monitoraggio del P.A.I.;
- verifica l'attuazione dei protocolli individualizzati dei singoli utenti;
- favorisce la partecipazione delle associazioni di volontariato;
- assicura il collegamento e l'integrazione funzionale con i presidi ospedalieri per i casi bisognosi di ricovero ospedaliero o di accertamenti clinico-diagnostici;
- verifica il regolare approvvigionamento di: farmaci, presidi, protesi e ausili nonché la regolare tenuta delle relative registrazioni;
- verifica il regolare funzionamento delle attrezzature di ambito sanitario;
- verifica l'espletamento dei compiti di rilevanza assistenziale-sanitaria dei vari addetti;
- rilascia agli utenti le certificazioni non previste dal D.P.R. 270/2000;
- conserva correttamente la documentazione clinica e verifica la corretta tenuta delle cartelle assistenziali degli utenti.

#### *Segreteria alla Direzione*

Sono operatori amministrativi e svolgono attività di segreteria e di supporto amministrativo, al Direttore Sanitario e al Responsabile di Struttura.

#### *Medici di Medicina Generale*

I Medici di Medicina Generale operano all'interno della residenza ed esplicano nei confronti degli utenti residenziali, tutti i compiti previsti dall'Accordo Collettivo in vigore

(D.P.R. 270/2000) e dall'Accordo regionale (D.G.R. n.50- 8410 del 10/02/2003, con richiamo alle DD.GG.RR. n. 47-26252 del 9/12/1998 e n. 46-27840 del 19/07/1999), comprese le prestazioni di particolare impegno professionale, le certificazioni ed ogni altra prestazione di competenza senza richiedere ulteriori oneri agli utenti.

L'assistenza è garantita da Medici di Medicina Generale.

La presenza dei Medici all'interno della Struttura, è organizzata e coordinata in rapporto alle esigenze assistenziali della Struttura ed è garantita, con turni di disponibilità, dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00 alle ore 20,00.

Alla data del ricovero del paziente residenziale viene revocata la scelta del medico di famiglia originario, se questi non opera nella Residenza stessa e dovrà essere operata la scelta fra uno dei medici disponibili.

#### *Coordinatore Cooperativa – Responsabile della ditta Appaltatrice*

La Cooperativa appaltatrice dei servizi socio-sanitari e assistenziali mette a disposizione un Coordinatore referente e responsabile con i seguenti compiti:

- gestione delle risorse sia verso la ditta appaltatrice sia verso la casa di riposo, sia verso l'utenza;
- rispetto del contratto di appalto, della qualità dei servizi alberghieri e di supporto svolti nella struttura;
- gestione del personale della ditta appaltatrice in ordine ai contratti di lavoro.

In collaborazione con il *Coordinatore infermieristico* e con il *Coordinatore dell'Area Socio-Assistenziale* verifica la congruità delle attività assistenziali, infermieristiche, riabilitative e di socializzazione attuate nel presidio, in applicazione dei progetti redatti per la personalizzazione dell'assistenza e della cura.

Entrambi si interfacciano con il Direttore Sanitario per favorire la verifica della corrispondenza delle attività del servizio residenziale con gli obiettivi di salute concordati.

#### *Infermieri e Coordinatore Infermieristico*

Nella struttura è sempre presente, almeno un infermiere.

Tutti gli Infermieri sono muniti di regolare titolo.

La dotazione infermieristica è prevista in numero tale da garantire gli standards previsti dalle normative vigenti e comunque la presenza è prevista nella giornata dalle 7,30 alle 20,30.

Le funzioni dell'infermiere possono essere così sintetizzate:

- pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico;
- tenuta e aggiornamento della cartella del piano individualizzato di assistenza;
- azione professionale individuale e in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico- terapeutiche.

Tra il suddetto personale è individuato il *Coordinatore Infermieristico* al quale sono affidati compiti di referenza e coordinamento.

Sinteticamente le funzioni affidategli sono le seguenti:

- garantisce l'approvvigionamento delle risorse (farmaci, presidi, protesi e ausili, nonché il materiale sanitario previsto per l'emergenza);
- verifica il regolare funzionamento delle attrezzature;

- controlla il corretto approvvigionamento e la corretta distribuzione dei pasti;
- conserva correttamente la documentazione clinica;
- verifica la corretta tenuta della cartella personalizzata degli utenti;
- è responsabile della custodia dell'armadio medicinali prescritti agli utenti.

### *OSS (Operatore Socio Sanitario)*

Il Servizio di assistenza alla persona viene prestato da operatori tutti in possesso della qualifica di Operatore Socio sanitario ( O.S.S.)

Nella struttura, orientativamente, i turni potranno essere così definiti: 6-14 (matt.) – 6-10 (appoggio assistenza ai piani) - 14-22 (pom.) – 22-6 (nott.) – 16-20 (appoggio assistenza ai piani).

La dotazione organica delle OSS è tale da garantire le coperture degli standards previsti dalle normative vigenti ed è congrua rispetto alla distribuzione dei posti letto nella struttura e alla presenza dell'infermiere professionale.

È individuata la funzione di *Coordinatore dell'Area Socio-Assistenziale*, con presenza nella fascia oraria dalle ore 6 alle ore 22.

La funzione del Coordinatore dell'Area Assistenziale Tutelare è diretta a favorire

- la comunicazione e il collegamento tra figure sanitarie e quelle assistenziali, facilitando la trasmissione delle informazioni e la realizzazione di un clima di collaborazione
- la verifica la quantità e la qualità degli interventi igienici e di assistenza tutelare supportando l'operato degli addetti all'assistenza nella fase di inserimento-ambientamento di ogni utente.

Nell'organizzazione dei turni dei servizi diurni è garantita sempre la presenza di due operatori.

Vengono fornite tutte le prestazioni di assistenza all'utente rivolte al soddisfacimento dei suoi bisogni; a titolo esemplificativo si elencano le seguenti:

- supervisione del personale di assistenza in merito all'esecuzione dei compiti relativi agli atti della vita quotidiana;
- interventi rivolti all'assistenza diretta alla persona (aiuto durante l'igiene personale e i pasti, deambulazione e mobilizzazione, vestizione, prevenzione delle complicanze dell'allettamento prolungato, pulizia ordinaria degli ambienti di vita, arredi ed attrezzature dell'utente, ecc.);
- interventi di protezione della persona (controllo e vigilanza);
- interventi generali di natura assistenziale (prestazioni di carattere assistenziale volte a seguire l'evoluzione delle condizioni dell'utente, rapporti con la famiglia e l'esterno, ecc.).

### *Fisioterapista*

L'attività di riabilitazione è garantita da personale, in possesso della qualifica di fisioterapista, che assicura agli utenti i trattamenti riabilitativi, con l'eventuale supervisione del fisiatra per gli utenti non autosufficienti.

L'attività è articolata su 5 giorni la settimana esclusi la domenica e festivi ed è articolata rispettando gli standards previsti dalle normative vigenti.

I trattamenti potranno essere effettuati nella palestra o al letto del paziente, a seconda delle condizioni cliniche dell'Ospite.



### *Educatore professionale/ terapeuta occupazionale*

Programmi individuali e collettivi di animazione e terapia occupazionale, secondo il progetto individuale vengono svolti da un'animatrice in possesso di specifica professionalità, tenendo conto delle preferenze e delle possibilità di stimolazione fisica e mentale degli utenti.

L'attività di animazione è articolata su 4 giorni la settimana esclusi la domenica e festivi ed è articolata rispettando gli standards previsti dalle normative vigenti.

### *Parrucchiere / barbiere*

È assicurata la presenza di un barbiere/parrucchiere interno a favore degli utenti residenziali.

Le prestazioni ricomprese nella retta sono quelle specificate nei locali della struttura. Anche le tariffe relative a prestazioni erogabili in struttura non ricomprese nella retta sono affisse all'ingresso dei locali dedicati all'attività.

### *Altro personale*

Il personale addetto ai servizi generali: (lavanderia - guardaroba, pulizia parti comuni, addetti alla manutenzione, amministrativo, portineria - centralino) è in numero sufficiente ad assicurare un efficiente funzionamento della Struttura. Si rammenta che il servizio di portineria-centralino è garantito per n. 10 ore al giorno.

E' garantita altresì la pronta reperibilità del personale amministrativo e di manutenzione.

Il personale addetto alla ristorazione cuochi, addetti mensa, addetti lavaggio stoviglie ecc. è gestito da Ditta esterna che garantisce gli standards previsti dalle normative vigenti e ne è direttamente responsabile.

I quadri turni mensili di tutti gli operatori saranno affissi nei diversi nuclei.

### CONTROLLI E VERIFICHE DEL PIANO DI ASSISTENZA

Si effettuano verifiche periodiche di controllo (ogni 4 mesi) del piano di assistenza individuale con la partecipazione dell'équipe multidisciplinare della struttura.

Ogni due mesi è prevista una riunione di coordinamento, presieduta dal Direttore Sanitario per la discussione di eventuali situazioni problematiche al fine di individuare le soluzioni ottimali, e per la valutazione globale dell'assistenza e della sua qualità, anche mediante l'utilizzo di indicatori specifici (es. disidratazione, fratture, decubiti, ricoveri ospedalieri, controlli sanitari effettuati, qualità percepita dall'utenza, ecc.).

### RAPPORTI CON I FAMILIARI

Il familiari degli Ospiti possono fornire suggerimenti, proposte e critiche alla Direzione della struttura.

Gli orari di ricevimento del Responsabile di Struttura e del Direttore Sanitario sono esposti presso i locali della Struttura.

### ASPETTI RELAZIONALI

Il ricovero di anziani non più autosufficienti in strutture residenziali può determinare in alcuni casi effetti negativi, sia a livello fisico che psicologico, con aumento della

frequenza della mortalità. Al fine di evitare tale rischio, il personale deve porre attenzione alle attese dell'utente, sollecitandolo al raggiungimento/mantenimento del maggior grado di autonomia possibile.

Occorre incentivare l'autonomia di scelta nell'organizzazione del tempo, ogni qualvolta sia possibile.

Vi è la necessità che gli operatori, indifferentemente dalla qualifica professionale, abbiano funzioni di stimolo verso l'utente perché lo stesso partecipi alle attività ed alle relazioni sociali della Residenza.

E' presupposto necessario ad un agire comune degli operatori la condivisione di una "cultura" che sia tesa a dare un senso alla vita che si svolge all'interno della R.S.A.

Particolare attenzione viene posta nel rilevare le difficoltà di relazione fra gli utenti e fra gli stessi e gli operatori, mettendo in atto le azioni necessarie al loro superamento.

Sono inoltre garantite tutte le attività finalizzate alla tutela dell'utente dal rischio di emarginazione. L'anziano, di norma, deve:

- essere alzato dal letto tutti i giorni (salvo diversa prescrizione del medico);
- recarsi in sala da pranzo per consumare i pasti (salvo diversa prescrizione/scelta);
- poter utilizzare il telefono (essere aiutato se necessario);
- utilizzare un idoneo abbigliamento;
- partecipare alle attività di animazione.

Al fine di garantire possibilità di relazioni sociali molteplici e soddisfacenti la casa di Riposo garantisce:

- la partecipazione delle associazioni di volontariato locali stabilendone orari e attività;
- la possibilità di utilizzare apparecchi radio/TV compatibilmente con il rispetto degli altri utenti e in particolare del compagno di camera.

## ORGANIZZAZIONE DELL'EMERGENZA

L'organizzazione dell'emergenza si suddivide in:

- A. Organizzazione di struttura;
- B. Organizzazione dell'emergenza sanitaria sul paziente;
- C. Organizzazione dell'emergenza collettiva.

- A. Consiste nella predisposizione di interventi di struttura volti ad individuare la richiesta di soccorso urgente. Essi sono:
  - apparecchi di chiamata di sicurezza;
  - i sistemi di allarme;
  - gli apparecchi rilevatori e di ricerca persone.

- B. L'emergenza sanitaria sul paziente è assicurata dai medici di medicina generale operanti nel territorio che coprono l'assistenza in pronta disponibilità dalle ore 8 alle ore 20 dei giorni feriali, il sabato dalle ore 8 alle ore 10. Fuori di tale orario è previsto il ricorso al servizio di continuità assistenziale.

Il medico attiva, se necessario, il servizio di soccorso urgente 118.

L'infermiere in turno attivo effettua la chiamata del medico del paziente in pronta disponibilità e/o il medico di turno del servizio di continuità assistenziale e/o il 118.

- C. Si intende come tale l'emergenza derivante da cause incidentali e/o calamitose che costituiscono una condizione di pericolo imminente per gli utenti ed il personale della Struttura e che richiedono l'effettuazione di piani di evacuazione. Si rimanda alla relazione dei Vigili del Fuoco in merito all'individuazione delle vie di fuga in caso di incendio ed alla predisposizione di attrezzature antincendio.

Al personale operante saranno impartite le relative istruzioni in merito.

### **DISPOSIZIONI FINALI**

La Casa di Riposo si riserva la facoltà di apportare alle presenti norme regolamentari, quelle eventuali modifiche o aggiunte che ritenesse opportune.

Per quanto qui non espressamente contemplato si fa rinvio alle vigenti norme di legge e relativi regolamenti.

Allegati:

Modello organizzativo – tabella 1-

Organigramma,

moduli per accettazione ospiti-

questionario soddisfazione utenti

### **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI**

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto per iscritto, da parte del Titolare del trattamento dei dati personali, le informazioni di cui agli artt. 13 e 22 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.

In particolare dichiaro di aver preso atto che i miei dati saranno utilizzati per la gestione della residenza presso la Casa di Riposo "Avv. G. Forchino" e che mi è riconosciuto il diritto di conoscere, cancellare, rettificare, aggiornare, integrare ed oppormi al trattamento dei dati stessi nonché degli altri diritti riconosciuti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.

Di conseguenza, ai sensi dell'art. 23 dello stesso D.Lgs., autorizzo la Casa di Riposo "Avv. G. Forchino" di Santena (titolare) – nonché il Responsabile dell'Ente e gli incaricati – al trattamento dei miei dati personali, per le finalità indicate nell'informativa, con le modalità e nei limiti previsti dal D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.

Santena,

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Firma

---