

SOMMARIO

SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE:	2
FINALITÀ DEL SERVIZIO	2
REQUISITI STRUTTURALI E CAPACITÀ RICETTIVA.....	2
MODALITÀ DI AMMISSIONE	3
LE DIMISSIONI	3
ACCOGLIENZA DELL'OSPITE IN RP	4
STRUMENTI DI LAVORO	4
CHIUSURA DELLA CARTELLA CLINICA	6
SERVIZI OFFERTI.....	7
Assistenza Medico - Infermieristica	7
Assistenza alberghiera completa.....	8
Igiene e cura completa della persona.....	9
Attività di fisioterapia.....	9
Animazione	9
FAMILIARI.....	11
COORDINAMENTO FLUSSI INFORMATIVI	11

SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo del presente documento è quello di identificare il piano operativo delle attività relative all'ospite svolte in Residenza Protetta.

Il presente piano qualità si applica a tutte le attività rivolte all'ospite svolte in Residenza Protetta dall'Ente di Assistenza e Servizi alla Persona – E.A.S.P..

FINALITÀ DEL SERVIZIO

La Residenza Protetta (d'ora in avanti denominata RP) è un presidio socio-sanitario destinato all'ospitalità di anziani disabili le cui condizioni di salute non consentono la permanenza presso il proprio domicilio. La RP ospita anziani non autosufficienti con elevati bisogni sanitari e correlate necessità assistenziali .

L'obiettivo generale del servizio consiste nel prendersi cura della persona anziana e di conseguenza della qualità della sua vita, attraverso un approccio globale con interventi mirati e multidisciplinari e stimolando le capacità residue dell'anziano. Questo avviene attraverso l'espletamento delle seguenti attività:

- **assistenza medico - infermieristica;**
- **assistenza alberghiera completa;**
- **igiene e cura completa della persona;**
- **attività di fisioterapia;**
- **animazione.**

REQUISITI STRUTTURALI E CAPACITÀ RICETTIVA

Il piano terreno della struttura comprende la hall, un ampio locale per le attività ricreative e di animazione, un secondo locale per svago, tempo libero, sala TV, sala mensa dedicati agli ospiti e servizi igienico-sanitari.

Sempre al piano terreno è ubicata una moderna e spaziosa cucina realizzata con razionalità secondo il criterio del passaggio "dal pulito allo sporco" e una palestra ben munita di attrezzi ginnici vari per l'attività fisica ordinaria e per la riabilitazione degli ospiti.

Infine i locali accessori sono costituiti dal magazzino deposito merci, lavanderia, stireria e guardaroba, i locali delle macchine degli ascensori e l'officina per le riparazioni.

Al piano primo sono ubicati gli uffici amministrati, gli studi medici e l'infermeria. Il collegamento tra i piani è facilitato da due ascensori e tre vani scale.

Una Cappella per il culto è presente sul lato nord.

Il complesso edilizio dispone di un ampio giardino con aiuole, gazebo, tavoli, panchine, e percorsi pedonali.

La capacità ricettiva della RP è di 50 posti letto.

MODALITÀ DI AMMISSIONE

L'utente (o chi ne fa le veci), che dalla propria abitazione, aspira ad un ricovero in struttura deve:

- a.** essere un anziano non autosufficiente con patologie croniche stabilizzate;
- b.** ottenere dal proprio Medico di Medicina Generale (MMG) un certificato indicante la richiesta del ricovero in RP e la patologia o le pluripatologie da cui è affetto;
- c.** recarsi presso gli uffici dell'Assistente Sociale del Distretto Sanitario/Centro Salute dell'ASL per lui territorialmente competente, dove deve presentare il certificato, indicato al punto b, e compila formale richiesta di inserimento in struttura (consistente nella compilazione e sottoscrizione di moduli pre-stampati).

Dopodiché, la ASL per il tramite della Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) valuta il richiedente il quale riceverà, in forma scritta, la risposta dell' accettazione o del rifiuto del ricovero in RP .

Il Direttore Amministrativo dell'E.A.S.P., insieme con il Direttore Sanitario, verificano tramite supporto informatico "Gestione Utenti" la disponibilità all'ingresso, dopodiché la risposta alla ASL avviene o tramite telefonata o tramite lettera. Tale differenza deriva dalle diverse procedure presenti all'interno delle singole ASL di riferimento.

Nel caso in cui il cittadino che aspira alla degenza in RP sia ricoverato in ospedale deve:

- a. essere un anziano non autosufficiente;
- b. tramite la caposala di reparto, richiedere l'attivazione dell'UVG per le procedure di valutazione atte ad indicare il percorso assistenziale.

LE DIMISSIONI

La dimissione dal servizio può avvenire per i seguenti motivi:

- in caso di aggravamento delle condizioni psicofisiche iniziali dell'ospite
- dimissioni volontarie dell'ospite
- decesso dell'ospite
- incompatibilità con la struttura

Qualora si dovesse procedere all'interruzione del servizio per i motivi sopra descritti, il Direttore Sanitario avrà il compito di trascrivere la data della dimissione e procedere all'archiviazione della documentazione per un numero di anni non inferiore a cinque.

ACCOGLIENZA DELL'OSPITE IN RP

Il giorno dell'ingresso dell'ospite è preventivamente concordato tra la ASL, l'ospite e la direzione dell'E.A.S.P. affinché possa essere eseguita adeguatamente l'accoglienza dello stesso.

Al momento dell'ingresso sono necessari i seguenti requisiti:

- certificazione medica riguardo lo stato di salute dell'ospite (con specificato eventuali allergie e/o malattie infettive)
- elenco terapia farmacologia con la presenza dei farmaci necessari almeno per i primi due giorni di ricovero
- tessera sanitaria/codice fiscale in originale o fotocopia
- documento d'identità in originale o fotocopia
- eventuale certificato elettorale in originale
- eventuale decreto di invalidità civile
- eventuale certificazione della pensione di accompagnamento
- eventuale delega per la riscossione della pensione
- elenco presidi sanitari portati in struttura al momento dell'ingresso
- vestiario abituale, circa 3-4 cambi personali, che saranno contrassegnati per l'identificazione
- compilazione di un apposito verbale (Mod. S.A.02) di consegna indumenti

In presenza del Medico incaricato della struttura e della Coordinatrice sanitaria, dei familiari e/o dell'ospite viene compilata la Cartella informatizzata dell'Ospite e la relativa Cartella Inserimento (Mod. S.A.01).

Al momento dell'ingresso, inoltre, all'ospite sarà assegnata una stanza doppia da condividere con un altro ospite dello stesso sesso a meno che non sia il caso dell'ingresso di coniugi. Su decisione della Direzione, si ha la facoltà di trasferire l'ospite in altra stanza qualora sia richiesto da esigenze di vita comunitaria.

STRUMENTI DI LAVORO

Documento indispensabile alle attività svolte in Residenza Protetta è senza dubbio la **Cartella "Clinica"** dell'ospite gestita in modalità informatizzata attraverso software gestionale. Ricordiamo che: *"La cartella clinica è lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero"* (Ministero della Sanità, 1992).

Le funzioni fondamentali della cartella clinica quale strumento di documentazione delle informazioni relative all'intero processo clinico-assistenziale del ricovero di un ospite sono:

- costituire una base informativa per scelte assistenziali appropriate e per documentare il quadro clinico, il processo diagnostico-assistenziale ed i risultati ottenuti
- consentire la tracciabilità della responsabilità, la cronologia e la modalità di esecuzione delle diverse attività svolte
- facilitare l'integrazione di competenze professionali diverse nel processo diagnostico-terapeutico-assistenziale
- costituire una fonte informativa per la valutazione delle attività di cura erogate, le esigenze gestionali e amministrative, la formazione degli operatori

La Cartella informatizzata dell'ospite viene compilata nella sua prima parte (anagrafica, anamnesi generale, patologica, farmacologica ecc.) al momento dell'ingresso dell'ospite

La Cartella informatizzata dell'ospite è messa a disposizione degli infermieri attraverso tablet. Sarà poi compito degli stessi provvedere alle registrazioni della componente infermieristica della **Cartella** contenente: anamnesi infermieristica e schede finalizzate a problemi assistenziali specifici (rischio di lesioni da decubito, ecc.).

Compito della Coordinatrice Sanitaria invece è quello di far compilare all'ospite e/o ai suoi familiari al momento dell'ingresso la **Cartella Inserimento** e renderla disponibile a tutte le operatrici, successivamente ad aver verificato che la stessa sia stata sottoscritta per l'autorizzazione al trattamento dei dati per la normativa sulla tutela della Privacy.

Ogni informazione sanitaria sarà riportata agli Infermieri Professionali, dal Direttore Sanitario o dalla Coordinatrice.

All'incirca 5 giorni dopo l'ingresso dell'ospite viene compilato il **Piano Assistenziale Individualizzato, PAI**. Tutte le attività rivolte all'ospite sono erogate secondo le modalità espresse all'interno del singolo Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). Questo è elaborato sulla base delle informazioni rilasciate dal MMG o dalla struttura ospedaliera di provenienza ed è inserita nella Cartella informatizzata dell'ospite. Il contenuto del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) è comunicato a tutte le parti interessate indicate nella Cartella "Clinica".

La Cartella "Clinica" viene debitamente aggiornata attraverso i tablet messi a disposizione dalla Direzione al fine di verificare la rispondenza del Piano Assistenziale Individualizzato alle esigenze dell'ospite.

L'organizzazione dell'E.A.S.P. prevede infatti un follow-up sugli esiti dei diversi trattamenti intrapresi sui singoli ospiti, a tempi ed intervalli definiti. Durante tali incontri viene riesaminato il programma relativo ad un singolo ospite e posto a revisione, ove ritenuto necessario, registrando all'interno della Cartella "Clinica" gli

eventuali cambiamenti riscontrati. La fase di verifica, infatti, permette di comprendere se i requisiti dell'ospite sono stati soddisfatti o meno e se è necessario definire delle azioni che permettano di correggere il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

All'interno della Cartella "Clinica" informatizzata sono contenuti, oltre al PAI e alla componente Infermieristica, appositi **strumenti di valutazione multidimensionale** dello stato psicofisico dell'ospite (*Attività Daily Living - ADL, Instrumental Attività Daily Living - IADL, Mini Mental State Examination - MMSE, Short Portable Mental Status Questionnaire - SPMSQ, Geriatric Depression Scale - GDS* ecc.). Il Medico incaricato all'accoglimento provvede a compilare alcune di queste schede di valutazione al momento dell'ingresso dell'ospite, le altre saranno compilate, sempre dallo stesso, dopo circa 5 giorni dall'ingresso.

Infine, nella Cartella "Clinica" informatizzata è contenuto il **Diario dell'ospite** che ha lo scopo di documentare nei tempi appropriati e per il singolo ospite la situazione clinica e la realizzazione e l'adeguatezza del Piano Assistenziale Individualizzato (decorso clinico, decisioni inerenti il programma di cura, risultati delle prestazioni erogate ecc). Le informazioni devono essere riportate contestualmente al verificarsi dei fatti cui si riferiscono, e sempre in modo che il compilatore sia identificabile. L'inserimento di tali informazioni avviene attraverso l'ingresso da parte dell'operatore all'interno del software gestionale attraverso propria user name e password a fine di identificare sempre l'autore.

E' raccomandata la documentazione di almeno una valutazione per ogni giorno di degenza.

CHIUSURA DELLA CARTELLA CLINICA

La chiusura della Cartella "Clinica" informatizzata deve avvenire nel più breve tempo possibile, compatibilmente con il tempo necessario per raccogliere i referti di esami eseguiti durante il ricovero e non ancora pervenuti al momento della dimissione, dell'abbandono o del decesso dell'ospite. La chiusura della cartella clinica comporta la cessazione della compilazione del diario dell'ospite e della registrazione di fatti accaduti durante il ricovero.

A questo punto la Cartella "Clinica" informatizzata è archiviata secondo la normativa vigente e con le modalità previste dal sistema gestionale.

La eventuale documentazione sanitaria pervenuta successivamente alla chiusura della cartella clinica viene caricata in archivio e allegata alla cartella, dopo la presa visione da parte del Direttore Sanitario responsabile del percorso clinico relativo al ricovero.

SERVIZI OFFERTI

L'obiettivo generale del servizio consiste nell'assicurare all'ospite l'assistenza di base prendendosi cura della sua persona e di conseguenza della qualità della sua vita, stimolando o mantenendo attive le sue capacità residue. Questo avviene attraverso l'espletamento delle seguenti attività:

- assistenza medico - infermieristica
- assistenza alberghiera completa
- igiene e cura completa della persona
- attività di fisioterapia
- animazione

Assistenza Medico - Infermieristica

L'attività medico infermieristica è improntata sulla prevenzione ed è finalizzata al raggiungimento del benessere fisico, psichico e sociale dell'anziano.

In tal senso l'attività infermieristica è strettamente collegata a quella medica, a quella assistenziale e a quella socio - ricreativa, trovando ampia collaborazione da parte di tutte le professionalità coinvolte.

Nello specifico, le prestazioni mediche di base sono garantite dai Medici di Medicina Generale (MMG) sotto il coordinamento del Direttore Sanitario, presenti in struttura a seconda delle specifiche esigenze e liberamente scelti da ogni ospite; quelle infermieristiche da infermieri professionali, presenti 24 h e quelle specialistiche (geriatriche, fisiatriche, fisioterapiche ecc.) tramite adeguate professionalità ogni qual volta il MMG lo ritengano necessario.

Le attività medico - infermieristiche garantite sono:

- Visita medica programmate e all'occorrenza
- Medicina specialistica geriatrica
- Prescrizione della terapia. Tutte le terapie sono prescritte dal MMG o dal Medico specialista
- Preparazione e somministrazione terapie quotidiane. La preparazione della terapia avviene ad opera degli infermieri che sono tenuti a seguire il Piano Terapeutico redatto dai MMG e sottoscritto dal Direttore Sanitario. A somministrare la terapia sono gli infermieri, mentre gli Operatori Socio Sanitari (OSS) hanno il compito di aiutare gli ospiti nell'assunzione. È però compito esclusivo degli infermieri la somministrazione di terapie intramuscolo, sottocutanee ed endovenose
- Controllo e programmazione delle evacuazioni. Il controllo giornaliero delle evacuazioni degli ospiti è riportato su apposito modulo contenuto nella Cartella informatizzata

- Controllo cutaneo e di eventuali piaghe da decubito. I dati relativi alle eventuali piaghe da decubito sono contenuti nella Cartella informatizzata. Sono inoltre definite le alzate giornaliere degli ospiti
- Medicazioni
- Controllo programmato e all'occorrenza di, temperatura, pressione e diuresi. I risultati del controllo sono riportati nella Cartella informatizzata
- Controllo programmatico del peso. Il controllo del peso è effettuato con l'ausilio dell'apposito modulo contenuto nella Cartella informatizzata e qualsiasi variazione significativa è riportata in Cartella
- Prelievi ematici. La richiesta di esami ematici è effettuata con richiesta del MMG su ricettario del Servizio Sanitario Regionale (SSR) ed i risultati delle analisi sono inseriti in Cartella "Clinica"
- Vaccinazioni antinfluenzali (su richiesta dell'ospite)
- attivazione delle pratiche per il riconoscimento dei benefici ed ausili per l'incontinenza, la deambulazione, per la prevenzione e la cura delle piaghe antidecubito (su richiesta dello specialista e in collaborazione con l'assistente sociale comunale)

Assistenza alberghiera completa

I servizi alberghieri sono finalizzati essenzialmente ad assicurare il corretto svolgimento delle attività socio - assistenziali ed il comfort degli ambienti di vita.

I servizi alberghieri garantiti presso la Residenza Protetta sono:

- Preparazione pasti/Servizio mensa. La Residenza Protetta assicura 3 pasti completi (colazione, pranzo e cena) al giorno più una merenda (alle ore 10.00) ed uno spuntino (alle ore 15.00). Gli operatori del servizio assistenziale si occupano, in caso di bisogno, di aiutare gli ospiti nell'assunzione dei cibi.

Il regime alimentare è prestabilito dalla dietista che si occupa anche di definire diete specifiche per ospiti con patologie tali da richiederlo (es. pazienti diabetici). La richiesta di un regime alimentare diversificato è riportata all'interno della Cartella "Clinica" informatizzata e del PAI. I 3 pasti quotidiani standard (ovvero senza considerare le possibili variazioni dovute a patologie dei singoli ospiti) sono serviti ad orari prestabiliti e comprendono:

- ✓ Colazione: Latte, caffè, tè, orzo, biscotti;
- ✓ Pranzo: Primo piatto, secondo piatto, contorno e frutta;
- ✓ Cena: Primo piatto, secondo piatto, contorno e frutta;

Al servizio dei pasti segue lavaggio delle stoviglie e rigoverno della sala da pranzo con la pulizia e sanificazione degli ambienti e lo smaltimento rifiuti.

Igiene e cura completa della persona

L'igiene e la cura completa degli ospiti è svolta dagli Operatori Socio-Sanitari i quali tutte le mattine, secondo un piano di lavoro prestabilito effettuano a tutti gli ospiti l'igiene personale ed acquisiscono, per il tramite del **Libro del Consegne** contenuto nella Cartella informatizzata, particolari esigenze/attenzione relativamente a singoli ospiti. Inoltre giornalmente si effettua il bagno, in forma assistita, secondo una preordinata programmazione.

Operazione ripetute nell'arco della giornata secondo le specifiche necessità dell'ospite.

Attività di fisioterapia

La riabilitazione è una procedura che, ponendo al centro l'individuo ed i suoi bisogni, è indirizzata al recupero o al mantenimento delle funzioni residue dell'ospite e consiste in esercizi ed interventi mirati, volti a condurre o ricondurre la persona con disabilità ad una condizione di normalità o di relativa autonomia.

La **Terapia Fisioterapica** opera su un vasto numero di patologie funzionali e si avvale di ausili tecnici e metodologici specifici e personalizzati.

Nella pratica, si traduce in un servizio all'ospite che ha l'obiettivo di mantenere o ripristinare, completamente o in parte, le sue autonomie, in relazione alle patologie presenti ed alle limitazioni nelle attività della vita quotidiana anche con l'utilizzo di ausili specifici.

L'ospite è sottoposto ad una valutazione fisioterapica all'ingresso cui segue la definizione di un programma riabilitativo individuale e, successivamente, una verifica costante e periodica.

La Residenza Protetta si avvale delle competenze di fisioterapisti che compilano quotidianamente un resoconto delle attività svolte sugli ospiti e condividono periodicamente i risultati ottenuti con le altre figure professionali presenti in struttura.

Animazione

Il servizio promuove attività di animazione volte a favorire lo svago e la socializzazione, a mantenere vivi gli interessi degli ospiti e a prevenire il decadimento psicofisico, valorizzando le abilità residue. Al mattino vengono proposte attività ricreative ed espressive come il gioco della tombola e il disegno o la lettura del giornale. Nel pomeriggio gli animatori propongono attività per favorire la socializzazione a piccoli gruppi o visione film. Durante l'anno per offrire altre opportunità di svago vengono organizzate gite nei dintorni, feste a tema e

feste di compleanno per gli ospiti alle quali è gradita la partecipazione dei familiari.

L'animatore non ha il compito di diminuire la malattia ma di aumentare il benessere.

L'obiettivo è quello di:

- incoraggiare la socializzazione
- ri-orientare alla realtà
- creare un ambiente confortevole

Gli obiettivi sono perseguiti attraverso:

- **l'ascolto della musica** (produrla con semplici strumenti, cantare) che ha un beneficio sul piano dell'umore;
- **il laboratorio grafico pittorico** (terapia artistica) usando tecniche, forme e colori diversi;
- **l'orientamento alla realtà** (ROT informale) dando stimoli per facilitare l'orientamento nello spazio e nel tempo e mantenendo il più possibile l'autonomia;
- **organizzazione di feste e uscite** per favorire l'integrazione con l'esterno;
- **attività legate all'immagine** (creazione di cartelloni, fotografie, decorazioni);
- **laboratorio video** (visione di un film) per creare una situazione di condivisione.

La possibilità o meno di partecipare alle attività di animazione è definita al momento dell'ingresso dell'ospite e la decisione riportata all'interno della Cartella "Clinica"

Si comincia l'attività con la "visione del calendario" (giorno, mese, anno, stagione) e si continua con le caratteristiche della stagione, il luogo in cui ci troviamo e altre notizie che riguardano il tempo e lo spazio. Si procede con la lettura del quotidiano, il meteo, l'oroscopo e il cruciverba. Ad ogni ospite che partecipa all'attività poi viene assegnato un lavoro, da fare in gruppo o singolarmente a seconda del programma e si conclude con i canti o con dei giochi di parole per tenere "allenata" la mente. C'è il momento della "merenda" come momento di condivisione e il momento del "riordino" dove ognuno si impegna per aiutare a sistemare l'ambiente di lavoro.

Importante come momento di socializzazione è la giornata dedicata alla tombola, gioco molto amato al quale gli ospiti partecipano in tanti con grande interesse.

In sintesi l'attività di animazione cerca di intervenire per riattivare funzioni psicologiche, relazionali ed operative, stimolando processi neuropsicologici quali la memoria, l'orientamento spazio-temporale ecc.

FAMILIARI

La RP invita i familiari, sin dal momento dell'ingresso, a prendere parte attiva, per quanto è loro possibile, nell'assistenza e nello svolgimento delle attività della vita quotidiana dell'ospite (passeggiate, uscite all'esterno, visite mediche esterne, ecc.).

Le visite sono consentite tutti i giorni dalle ore 09.30 alle 19.00 al piano terra e dalle 10.00 alle 18.00 ai piani.

I familiari possono esprimere opinioni, suggerimenti e reclami alla Direzione, anche attraverso apposita scheda di segnalazione.

COORDINAMENTO FLUSSI INFORMATIVI

Il coordinamento dei flussi informativi avviene attraverso la gestione del *Sistema Atl@nte*.

Questo sistema è caratterizzato da una valutazione multidimensionale informatizzata, questi dati attraverso un sistema di elaborazione permettono il calcolo del *case mix* assistenziale dei singoli ospiti ma anche una valutazione globale di tutta la struttura.

Le schede vengono compilate in formato cartaceo da infermieri e fisioterapisti che hanno partecipato ad una formazione specifica, in collaborazione con tutti gli altri operatori e successivamente immessi da un unico operatore in formato elettronico.

I dati sono inseriti in un programma fornito dalla regione Umbria denominato *Sistema Atl@nte*. Il programma è protetto da una specifica password.

Le valutazioni prevedono:

- ingresso ammissione;
- follow-up a sei mesi;
- eventi particolari (modifica stabilizzata delle condizioni cliniche, ricoveri in ospedale);
- dimissione decesso.