

# Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 7 novembre 2017, n. U00469

**Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012.**



# MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'

conforme al DCA 469/2017

Edizione	0
Revisione	0
Data	20 aprile 2019

## SAN GIUSEPPE

Struttura residenziale per Anziani

### **Sede legale**

San Giuseppe Srl  
Via Anagnina n° 461  
00118 ROMA

### **Sede operativa**

San Giuseppe  
Via del Seminario n° 58  
01021 Acquapendente (VT)



# Sommario

## **SEZIONE 0 – Introduzione**

- 0.1. Distribuzione
- 0.2. Approvazione e rilascio MQ – Manuale Qualità
- 0.3. Livello di revisioni
- 0.4. Presentazione
- 0.5. Missione

## **SEZIONE 1 – Tipologia prestazioni e servizi erogati**

- 1.1. Premessa
- 1.2. Procedura erogazione – Carta dei servizi

## **SEZIONE 2 – Percorsi assistenziali**

- 2.1. Procedura presa in carico e gestione Paziente
- 2.2. Procedura presa in carico e gestione Paziente - Domanda ammissione
- 2.3. Procedura presa in carico e gestione Paziente - Lista di attesa
- 2.4. Procedura presa in carico e gestione Paziente - Cartella clinica
- 2.5. Procedura presa in carico e gestione Paziente - Somministrazione terapia farmacologica
- 2.6. Procedura presa in carico e gestione Paziente - Gestione analisi cliniche
- 2.7. Procedura presa in carico e gestione Paziente - Idratazione
- 2.8. Procedura presa in carico e gestione Paziente - Contenzione fisica
- 2.9. Procedura presa in carico e gestione Paziente - Emergenze
- 2.10. Procedura presa in carico e gestione Paziente - Decesso

## **SEZIONE 3 – Monitoraggio e valutazioni**

- 3.1. Procedura del monitoraggio e valutazioni
- 3.2. Procedura del rischio clinico

## **SEZIONE 4 – Gestione documentale**

- 4.1. Procedura gestione documentale sottoposti alla privacy – GDPR 2018

## **SEZIONE 5 – Comunicazione e formazione**

- 5.1. Procedura piano formativo e sviluppo delle competenze

## **SEZIONE 6 – Umanizzazione**

- 6.1. Procedura umanizzazione e percorso assistenza



#### 0.4. - Presentazione

La Struttura Residenziale per Anziani SAN GIUSEPPE (semplicemente **SSG** nel seguito) intende essere un **attore sociale** attivo all'interno delle politiche dei Servizi Sociali del Comune di Acquapendente e di tutto il territorio circostante, sia come risorsa specifica per i Servizi Sociali Municipali che come "**luogo privilegiato**" di condivisione, di contaminazione e di formazione delle esperienze, delle storie di vita, delle professionalità presenti nella Struttura e nel quartiere.

La **SSG** intende pertanto essere un **luogo aperto e vivo** sul territorio municipale e della Regione tutta, garantendo sia la partecipazione dei residenti ad attività svolte all'interno della Struttura, sia la partecipazione degli Ospiti ad attività del territorio.

Nell'esperienza della Struttura, la partecipazione alla vita attiva del territorio rappresenta il miglior antidoto **contro** l'isolamento, l'istituzionalizzazione e la chiusura delle strutture residenziali. Verranno quindi sollecitate ed attivate attività che "**includano**" i cittadini del quartiere e del territorio municipale, facendo in modo che la città **venga dentro**, piuttosto che delle attività riservate ai soli pazienti della Struttura.

Nella struttura di Acquapendente eroghiamo Servizi Socio-Sanitari che tendono a tutelare coloro i quali sono la componente essenziale del nostro operato, ovvero i Pazienti.

La sede operativa principale su cui opera la **SSG** è sita in Via del Seminario n° 58 ad Acquapendente (VT).



## 0.5. - Missione

La Missione principale del **SSG** consiste nella tutela e nel miglioramento dello stato di salute degli utenti adottando una politica mirata a soddisfare le loro esigenze, nella consapevolezza che tutta l'organizzazione e le risorse impegnate, sono poste al servizio dell'utente con particolare attenzione alle categorie a rischio psico-fisico ed ai cittadini fragili.

L' **SSG** si ispira al principio della uguaglianza dei diritti degli utenti, senza distinzione di sesso, razza, sentimenti religiosi, convinzioni politiche ed ispira i propri comportamenti a criteri di obiettività, giustizia ed imparzialità.

Particolare attenzione viene posta dalla Direzione della **SSG** alle opportunità di ampliamento e miglioramento dei servizi erogati, mediante l'adozione delle seguenti linee di indirizzo generale:

- Continua innovazione tecnologica tesa a privilegiare settori di attività, tecnologie e collaborazioni tra pubblico e privato, in modo da costituire sempre di più un punto di riferimento nell'ambito della Sanità regionale.
- Utilizzo efficiente ed efficace delle risorse teso a garantire il raggiungimento di standard di qualità delle prestazioni e dei servizi erogati tramite l'impiego ottimale delle risorse ed alla adozione di protocolli interni basati su riferimenti scientifici certi quali Linee Guida e Raccomandazioni emanate da Organismi Internazionali, Istituzioni e Organizzazioni Professionali.
- Percorsi clinico assistenziali appropriati, basati sulle effettive esigenze di diagnosi e cura dell'utente, in grado di recuperare, per quanto possibile, le funzioni lese a seguito di patologie, con un efficace ed efficiente utilizzo delle risorse impiegate.
- Valorizzazione professionale, tesa a far sì che il personale coinvolto nei percorsi clinici assistenziali della **SSG**, risulti motivato partecipando in forma propositiva al proprio lavoro ed alla vita aziendale in ogni suo aspetto. E' ferma convinzione della Direzione che la formazione, estesa al più ampio numero possibile di dipendenti e mirata ai vari aspetti organizzativi, normativi, clinici ed assistenziali, costituisce l'indispensabile presupposto alla valorizzazione professionale.
- Cultura della sicurezza tesa a promuovere condizioni ambientali, metodologie di lavoro e dotazioni tecnologiche e strutturali tali da prevenire e ridurre i rischi e a migliorare gli standard di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria recependo le Raccomandazioni ministeriali e le Buone Pratiche della Regione Lazio e soprattutto diffondendo la cultura di imparare dagli errori, condizioni imprescindibili per una efficace gestione del rischio clinico e la sicurezza del Paziente e l'attuazione di un sistema sanitario più sicuro.
- Rispetto della privacy tesa ad assicurare la privacy degli utenti durante l'erogazione dei trattamenti diagnostico terapeutici, che per i trattamenti dei loro dati personali.
- La Missione e la Politica vengono riviste o confermate annualmente dalla Direzione generale che le comunica a tutto il personale tramite la distribuzione di uno specifico documento tramite la rete Intranet aziendale.

Come già detto, gli anziani rappresentano, per la **SSG**, un patrimonio per la società, non solo perché in loro si identifica la memoria culturale di una popolazione, ma anche perché sempre più costituiscono una risorsa umana attiva, un contributo di energie e di esperienze del quale la società può valersi.

Questo nuovo ruolo emerge dalla ricerca clinica e sociale che rende ragione della constatazione di un numero sempre maggiore di persone di età anagrafica avanzata ed in buone condizioni psico-fisiche.

Tuttavia esistono delle condizioni nelle quali l'anziano è ancora una persona fragile, sia fisicamente che psichicamente, per cui la tutela della sua dignità necessita di maggiore attenzione nell'osservanza dei diritti della persona, sanciti per la generalità dei cittadini.



## Assistenza

Ogni Paziente è assistito, per tutte le 24 ore del giorno, sette giorni su sette, secondo le personali necessità, tenuto conto dei bisogni fisici, psichici e spirituali della persona.

Personale, altamente specializzato, provvede a supportare il Paziente, nelle normali e quotidiane attività.

Le funzioni di vestizione, igiene personale, cura della persona, assunzione dei tre pasti giornalieri e tutte le attività della vita quotidiana, vengono gestite con l'assistenza del nostro personale.

## Uguaglianza

Nel rispetto dell'individualità della PERSONA, è garantito, ad ogni Paziente, un trattamento paritetico, senza discriminazione di sesso, razza, religione ed opinioni politiche.

## Continuità

L'assistenza ai pazienti è un impegno morale prima ancora che legale.  
Non conosce interruzioni o periodi di minore intensità.



## Sicurezza

Ogni cura è posta ad ogni singolo Paziente per prevenire incidenti e garantire la massima sicurezza. A tale scopo sono organizzati corsi di formazione al personale addetto all'assistenza. Anche la Struttura, dal punto di vista architettonico, viene ad essere adeguata in base alle esigenze del Paziente, di ogni singolo Paziente. L'abbattimento di barriere architettoniche, di migliorie tese alla corretta deambulazione dei nostri Ospiti, per noi è una mission improrogabile ed assoluta.

## Partecipazione

Ad ogni Paziente (o ai Suoi delegati) è data la possibilità di essere informato sul programma di assistenza che lo riguarda e di contribuire, dove possibile, alla formulazione dello stesso. La partecipazione è realizzata anche tramite l'attuazione di progetti per adeguare la Struttura alle esigenze delle persone. Inoltre periodicamente, grazie a un nostro Customer Satisfaction, sono svolte inchieste per rilevare il livello di gradimento degli Paziente e dei Familiari rispetto alle prestazioni ricevute.

## Etica

Garantiamo che tutti gli Operatori svolgano la loro attività seguendo l'etica professionale che caratterizza ogni figura. La dignità del Paziente in assoluto. L'umanità quale valore imprescindibile.



## SEZIONE 1 - Tipologia prestazioni e servizi erogati

### 1.1. - Premessa

L'attività assistenziale proposta si articola nelle seguenti funzioni, che si svolgono per tutto l'anno e nel rispetto degli standard gestionali stabiliti :



#### **Funzione a carattere assistenziale**

- Aiuto alla persona per lo svolgimento delle attività di base della vita quotidiana
- Aiuto alla persona per lo svolgimento di attività non elementari

#### **Funzione sanitaria**

- Assistenza medica di base e specialistica
- Assistenza infermieristica
- Assistenza farmaceutica
- Assistenza riabilitativa

#### **Funzione sociale**

- Coordinamento con i servizi sociali, territoriali e le altre strutture socio-sanitarie
- Attività di animazione

#### **Funzione alberghiera**

- Portineria e centralino





- Pulizia e riordino delle aree comuni
- Lavanderia
- Ristorazione collettiva

### **Funzione amministrativa**

- Direzione, coordinamento, segreteria, ragioneria, economato, gestione del personale
- Manutenzione di beni mobili e immobili
- Utenze
- Acquisti di beni mobili, servizi, prodotti vari di consumo

Nella Struttura verranno messi a disposizione degli Ospiti i seguenti beni mobili e immobili con relative attrezzature:

1. Camere a 1, 2, 3 letti.	9. Sala podologia
2. Cucina di struttura	10. Parco attrezzato
3. Sale pranzo/soggiorno e cucinette di piano	11. Cappella
4. Locale Bar	12. Camera mortuaria
5. Bagni assistiti	13. Locali di deposito
6. Ambulatori medici	14. Sala Tv/cinema
7. Palestra attrezzata	15. Biblioteca
8. Locale per la terapia occupazionale	16. Distributori automatici caldo e freddo

### **Le finalità delle prestazioni erogate e i servizi offerti mirano:**

- alla prevenzione dell'aggravamento delle eventuali patologie presenti e dello stato di non autosufficienza al mantenimento e, ove possibile, al potenziamento delle capacità residue
- al raggiungimento del miglior stato di equilibrio psico-fisico possibile
- al mantenimento ed all'instaurazione di soddisfacenti relazioni interpersonali e sociali

### **La Struttura riassume gli indicatori di qualità nei seguenti criteri:**

- A. criteri strutturali
- B. criteri di processo
- C. criteri di output e di outcome –risultati-

#### **A. Criteri strutturali:**

Assicurando una quota di spazio fisico a disposizione di ogni Paziente tale da garantire la presenza sia di spazi privati che di spazi collettivi; ogni elemento di sicurezza, chiarezza e flessibilità ambientale può contribuire al benessere degli ospiti, per quanto mai disgiunto dal fattore umano. Ciò è di massima importanza per le persone con demenza. L'articolazione dello spazio consente la realizzazione di piccole comunità (nuclei) di 20 persone; la presenza di spazi per i servizi sanitari, sociali, per i parenti e per il personale, nonché per i servizi accessori (magazzini, cucine) sia di nucleo che di struttura; la collocazione urbanistica, l'accessibilità complessiva della struttura.



## **B. Criteri gestionali e di processo:**

Verificando la validità delle procedure soprattutto in merito a: accoglienza; gestione dei bisogni assistenziali; gestione dei bisogni sanitari (in particolare tenuta e aggiornamento della cartella clinica); gestione dei bisogni di relazione e comunicazione; attività ricreative e culturali; valorizzazione del rapporto con la famiglia e i volontari, la promozione della loro partecipazione attiva a tutti i momenti di vita della **SSG**, considerandone la presenza parte integrante della struttura di cura, nel quadro di una operosa "alleanza terapeutica"; gestione del personale, quella amministrativa e contabile, nonché quella dei servizi; miglioramento continuo della qualità per obiettivi specifici.

## **C. Outcome**

Riducendo eventi negativi di cui:

- cadute
- contenzione
- malnutrizione
- piaghe da decubito
- effetti indesiderati da farmaci

umentando eventi positivi quali:

- miglioramenti funzionali e clinici
- partecipazione



## 1. Scopo

Scopo della presente procedura di erogazione del servizio è definire le modalità e le responsabilità con cui l'organizzazione dell'**SSG** pianifica, gestisce e controlla il servizio.

La procedura analizza la pianificazione e la programmazione preliminare, la gestione delle fasi operative ed i controlli dei servizi erogati anche nell'ottica di un'adeguata gestione del rischio operativo inerente il processo.

La procedura stessa ha lo scopo di assicurare un adeguato trattamento dei rischi connessi con la pianificazione ed erogazione dei servizi assistenziali ed aggregativi alle persone all'interno della struttura **SSG**.

## 2. Generalità

Nella presente procedura sono descritte le attività a carattere prevalentemente organizzativo/gestionale adottate dall'organizzazione dell' **SSG** al fine di definire un programma di accoglienza dei Pazienti che tenga conto, non solo del contesto d'inserimento ma anche delle esigenze e dei bisogni specifici del Paziente stesso.

## 3. Applicabilità

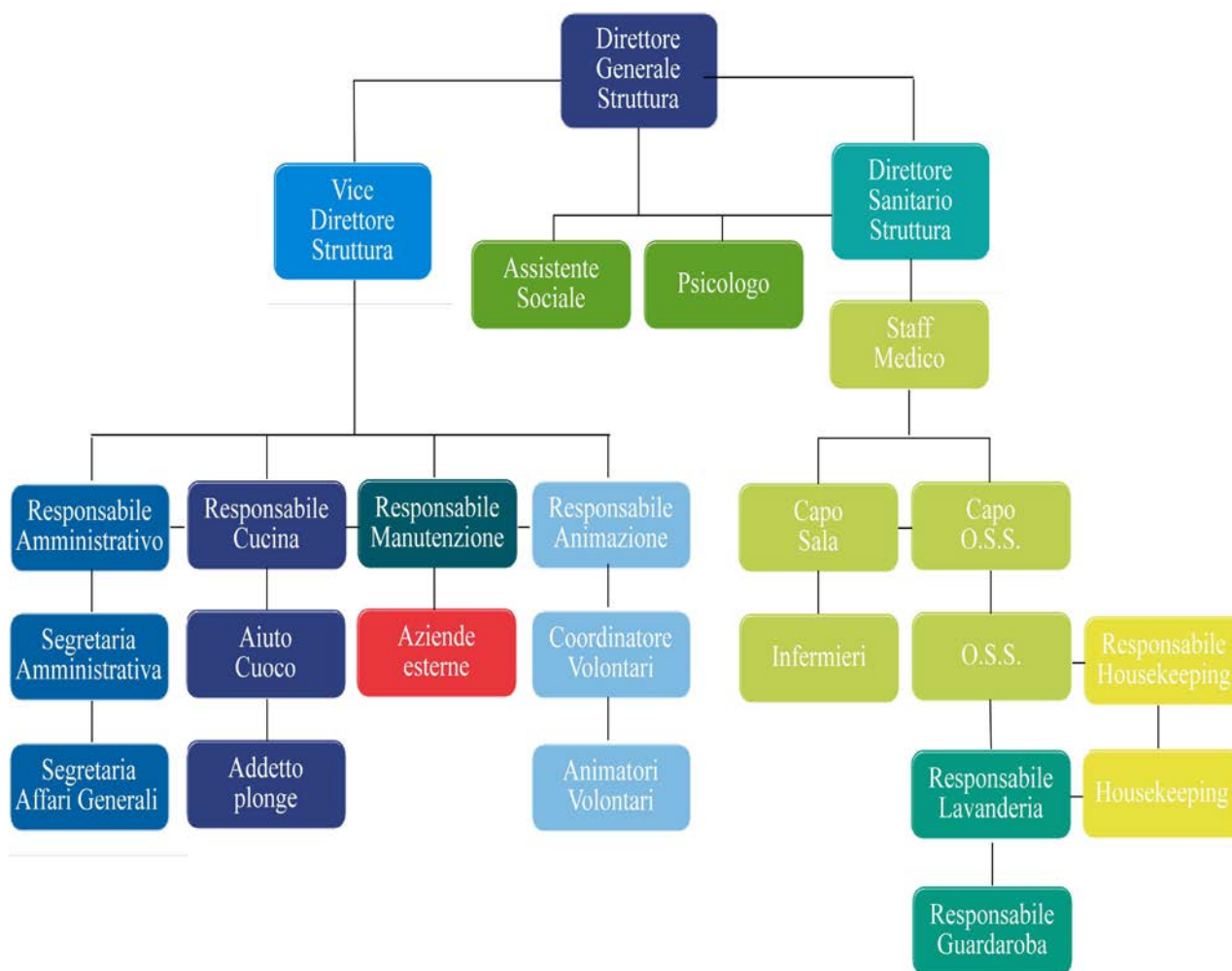
La presente procedura viene applicata ad ogni attività assistenziale, socio-assistenziale e sanitaria diretta alle persone anziane pazienti della **SSG**.

## 4. Riferimenti e applicazione informazioni documentale

Nell'ottica di una progressiva digitalizzazione del sistema informativo e documentale, l'organizzazione dell'**SSG**, adotta una modalità di conservazione delle informazioni documentali, rilevanti per il sistema qualità e relative al processo di erogazione del servizio, mediate software gestionale strutturato ad hoc.

## 5. Responsabilità ed aggiornamento

L'aggiornamento della presente procedura è compito del Responsabile Qualità e del Direttore Generale. La struttura è coordinata da quest'ultimo che assume la responsabilità di struttura e coinvolge figure professionali dedicate a mansioni educative, animative ed assistenziali secondo quanto previsto dalle norme regolative del funzionamento delle strutture residenziali, dai rapporti convenzionali con la ASL e dai Mansionari delle figure professionali. In sintesi, l'organigramma funzionale della struttura può essere rappresentato come segue:



## Direttore Generale di Struttura

La gestione organizzativa ed operativa è affidata al **Direttore Generale di Struttura** che è responsabile del complesso andamento delle attività generali della Residenza e delle relazioni con il pubblico, di ricevere i visitatori fornendo loro ogni informazione sul funzionamento della Casa, i criteri di ricovero, la consegna della modulistica per l'inserimento nella lista di attesa e la prima accoglienza del Paziente. Il Direttore Generale è il DPO della privacy; A lui risponde tutto il personale che opera nella Struttura.

## RQ – Responsabile qualità

Inoltre collabora direttamente con i **RQ – Responsabile qualità** nella stesura e modifica del MQ – Manuale Qualità e tutte le Procedure in esso contenute.

## Vice Direttore

Nello svolgimento delle sue mansioni è supportato dal **Vice Direttore** che cura tutti gli aspetti amministrativi e burocratici della gestione.

Il flusso informativo e gestionale della Casa è dotato di un sistema informatico computerizzato, strutturato e generato appositamente, dal Direttore Generale. Consente una corretta gestione delle informazioni che riassume, per ogni Paziente, i suoi specifici dati, problemi e bisogni, sia sotto il profilo sanitario, terapeutico ed assistenziale, sia sotto quello animativo ed occupazionale. Questo soddisfa le prescrizioni del PAI



(Piano Assistenziale Individuale) e delle norme stabilite. Il sistema garantisce in ogni forma il diritto alla privacy del Paziente.

### **Direttore Sanitario**

Responsabile del Servizio è il **Direttore Sanitario**, Medico Specialista che opera e lavora in stretta collaborazione con la Direzione Generale di Struttura. Il Direttore Sanitario organizza, coordina e controlla il servizio di Assistenza svolto da un'equipe di altri medici con specializzazione specifiche. Tutti i medici sono disponibili per i colloqui con i familiari. E' il referente principale con i Medici di Base e con le farmacie presenti sul territorio con cui, la Casa, ha stretto convenzioni.

### **Assistente Sociale**

L'**Assistente Sociale** ha il compito di curare ogni aspetto per l'inserimento del nuovo Paziente all'interno della Struttura, raccogliendo le prime informazioni e la documentazione necessaria sul nuovo utente, sostenendo un primo colloquio con i familiari o con i Servizi Sociali di riferimento. Al momento dell'ingresso provvede alle segnalazioni per la **Segretaria degli Affari Generali** per l'espletamento di tutte le pratiche necessarie, quali ad esempio, il cambio residenza, cambio medico. Collabora con il Distretto Sanitario e con Il Direttore Generale per quanto riguarda eventuali richieste, liste d'attesa degli Ospiti per l'accoglimento in Struttura, rendicontazione dei flussi mensili, trimestrali ed annuali degli ospiti; segue, inoltre, i trasferimenti da e per altre strutture Pubbliche e Private. Predisporre ed inoltra pratiche relative all'invalidità civile, indennità di accompagnamento, per riscossione della pensione, eventuale interdizione o nomina di amministratore di sostegno. Organizza e partecipa alle Unità Operative Interne collaborando con tutte le figure professionali per la redazione del Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.) per ogni Paziente.

### **Psicologo**

Obiettivo dello **Psicologo** è quello di intervenire a favore della prevenzione, del contenimento e del miglioramento delle problematiche emotive e relazionali degli Ospiti, dei loro familiari e degli operatori, attraverso lo sviluppo di capacità e risorse relazionali in un'ottica di promozione della salute e della qualità di vita. Il metodo utilizzato è teso alla riabilitazione affettiva, relazionale e cognitiva del Paziente. Promuove e facilita le relazioni tra il Paziente e la sua famiglia e tra il Paziente e gli operatori della Casa. Gli ambiti rivolti direttamente agli ospiti sono: valutazione diagnostica; sostegno psicologico; attività di tipo terapeutico-riabilitativo rivolte al singolo o al gruppo; intervento nella fase dell'accoglienza in Struttura; partecipazione alle riunioni di équipe multidisciplinari. Le relazioni e la collaborazione con i familiari degli Ospiti per tutto il periodo di permanenza prevede gruppi nei quali i familiari possano confrontarsi tra loro e acquisire dallo psicologo informazioni e chiavi di lettura sul significato dei comportamenti del Paziente e sui modi di relazione più opportuni da mettere in atto.

### **Caposala**

In collaborazione con i Medici, la **Caposala**, Infermiere Professionale ha responsabilità di supervisione e di guida del personale ausiliario in servizio; è un punto di riferimento per gli Ospiti e per i loro familiari; accoglie le loro richieste e le trasmette alla Direzione di Struttura e al Direttore Sanitario, nonché ai Medici di Base degli Ospiti. Gli **Infermieri professionali** integrano la competenza specialistica e sanno cogliere gli specifici bisogni del Paziente, considerati come "soggetti" e non "oggetti" delle cure. La loro presenza è garantita nelle ventiquattro ore.



## OSS - Operatori Socio Sanitarie

Le **Operatrici Socio Sanitarie** rappresentano, all'interno della Struttura, il personale qualificato cui è affidato l'importante compito di aiutare e seguire l'Anziano nell'espletamento delle funzioni fondamentali. La mansione è di estrema delicatezza ed implica capacità di comprensione e dedizione. Alla responsabile delle Operatrici Socio Sanitarie, risponde la **Responsabile Housekeeping** che coordina un gruppo di risorse umane dedite alla sanificazione di tutti gli ambienti comuni della Casa, con prodotti certificati a norma di Legge e tutti con schede tecniche di riferimento, provvedono alla pulizia radicale delle stanze occupate dagli Ospiti, ai relativi servizi igienici ed al cambio di lenzuolato, trattato con disinfettanti, come minimo una volta la settimana. Il lavaggio, la sanificazione ed controllo, sia del lenzuolato che degli indumenti personali degli Ospiti, è delegato al **Responsabile Lavanderia**, mentre la sistemazione degli indumenti lavati, la loro catalogazione e consegna agli Ospiti, è delegata al **Responsabile Guardaroba**.

Le aree esterne della struttura sono curate e pulite con la stessa attenzione dei luoghi interni. Nulla è lasciato al caso e l'igienizzazione delle aree viene svolta quotidianamente con cura ed attenzione. In ricorrenze dell'anno particolari, quali, ad esempio, Natale, Pasqua, la sala mensa comune, viene ad essere ulteriormente abbellita con tovagliati che evidenziano e sottolineano l'importanza del giorno festivo.

## Responsabile Cucina

Il coordinamento e produzione della refezione collettiva è assegnata ad un **Responsabile Cucina** che, coadiuvato da un aiuto, provvede a garantire a tutti i fruitori cibo sano, sicuro e sostenibile, caratterizzato da elementi di qualificazione multidimensionale e allo stesso tempo specifici per ogni esigenza e necessità. Tenuto conto della complessità del sistema, viene valutato periodicamente la necessaria conciliazione coerente tra obiettivi di salute e benessere per il Paziente con le logiche economiche. Alla qualificazione del nostro servizio concorrono non solo la conformità dei requisiti cogenti di sicurezza alimentare e nutrizionale, ma anche l'attenzione alle caratteristiche dei prodotti impiegati, della logistica, del contesto di somministrazione, della professionalità del personale. La multidimensionalità della qualificazione del servizio di ristorazione richiede, quotidianamente, monitoraggi e valutazioni, volti al raggiungimento dell'obiettivo generale di miglioramento del benessere del Paziente. Il paniere dei prodotti utilizzati è composto in prevalenza da materie prime non processate, stagionali, provenienti da filiere corte - di prossimità, tradizionali, con limitazioni dei prodotti surgelati a specifiche categorie merceologiche. A garanzia dell'adeguatezza del contesto di somministrazione risulta strategica la preparazione di menù che rispecchino le necessità fisiologiche e le abitudini alimentari degli Ospiti. Un occhio attento è rivolto al territorio di riferimento, sempre organoletticamente appetibili, che agevolano la relazione Ospiti – Operatori del servizio e favoriscono la diminuzione degli sprechi e la gestione del cibo in eccedenza, anche mediante sistemi di monitoraggio periodico del gradimento del pasto. Nella qualificazione del servizio erogato, rientrano la comunicazione con gli Ospiti e con i Familiari e la loro partecipazione, favorita dalla presenza della carta del servizio di ristorazione e, in particolare, dall'esposizione ben leggibile del menù nella sua articolazione, abbinata all'indicazione delle materie prime impiegate (freschi, di stagione, locali, eventuali DOP).

Essendo per noi noto che la malnutrizione degli anziani si associa a un maggior rischio di ospedalizzazione. I soggetti anziani malnutriti hanno maggior rischio di contrarre malattie infettive, le ferite guariscono meno rapidamente e la durata della degenza è maggiore rispetto agli anziani con pari condizioni ma normo – nutriti. Adottiamo una efficace pianificazione alimentare e nutrizionale dell'anziano istituzionalizzato considera come obiettivi fondamentali non solo il soddisfacimento delle necessità nutrizionali, come il bisogno primario di alimentarsi e idratarsi adeguatamente, ma anche il soddisfacimento del bisogno secondario psico-affettivo che circonda il cibo: una inadeguata alimentazione del Paziente può anche derivare dal senso di infelicità nel consumare un pasto in un ambiente considerato estraneo, senza i propri punti domestici di riferimento. È normale che il Paziente abbia abitudini alimentari consolidate nel tempo e non gradisca innovazioni, e per questo è importante che i pasti siano adeguati ai gusti del Paziente ed egli stesso sia coinvolto attivamente, nella scelta degli alimenti più graditi: si otterrà così



l'inserimento ottimale del Paziente, la sua gratificazione per la cura e l'attenzione che vengono prestate alla sua alimentazione e al suo benessere.

## **Responsabile Animazione**

L'**animazione**, coordinata e gestita dal **Responsabile Animazione**, è momento di svago e stimolo per le capacità cognitive ed emotive dell'anziano. Le attività di animazione fanno parte di un programma appositamente strutturato per gli Ospiti ed intendono mantenere vivo l'interesse alla vita ed all'autostima. Tali obiettivi si concretizzano all'interno delle seguenti attività occupazionali programmate, svolte settimanalmente e classificabili in tre aree:

### **AREA ESPRESSIVA-MANUALE**

- Laboratorio decorativo
- Laboratorio creativo
- Laboratorio manipolativo

### **AREA LUDICA**

- Giochi cognitivi di gruppo
- Giochi socio-attivanti
- Giochi psico-motori

### **AREA RICREATIVA E CULTURALE**

- Pomeriggio musicale
- Spettacoli, feste ed eventi
- Discussioni a tema

## **Assistenza spirituale**

L'**assistenza spirituale** è assicurata, quando desiderata, dai Sacerdoti delle Parrocchie delle immediate vicinanze alla Casa che garantiscono la loro presenza per ogni necessità e per la celebrazione delle funzioni religiose. Nei giorni precedenti le festività e nei giorni festivi sono celebrate le Sante Messe all'interno della Casa. Vengono, inoltre attivate convenzioni con **Associazioni di Volontariato** per supportare le attività esistenti in Struttura con il contributo umano di persone appositamente formate. Con la loro collaborazione sono organizzati diversi momenti di festa e di intrattenimento con spettacoli, concerti e giochi. In queste occasioni è sempre gradita la presenza dei Familiari e degli amici degli Ospiti.

## **Responsabile Manutenzione**

Gli interventi di manutenzione ordinaria sono svolti, quotidianamente, dal **Responsabile Manutenzione**, presente in Struttura tutto il giorno con reperibilità in casi di estrema urgenza e per problematiche ostative che impattano sul corretto andamento degli impianti della Struttura. Oltre le attività relative agli impianti, il manutentore si occupa degli spazi verdi della Struttura stessa con interventi mirati rendendo l'ambiente esterno naturalisticamente accattivante aiutando, in maniera indiretta, il benessere psichico degli Ospiti. Il manutentore provvede ad interagire con aziende esterne che intervengono, on demand, per problematiche di natura tecnica che vengono risolti nell'arco di due giorni lavorativi.

## **6. Utenza**

La SSG dispone di n.ro 60 posti residenziali rivolti ad anziani non autosufficienti ed autosufficienti. Tutti i posti sono a disposizione della ASL.



## 7. Modalità operative

### 7.1. Tipologia dei servizi erogati e pianificazione delle attività assistenziali e risultati attesi

L'organizzazione interna di una residenza deve rispondere il più possibile ai ritmi e alle routine della normale vita familiare. L'organizzazione deve avere contemporaneamente le caratteristiche della regolarità delle routine giornaliere e degli avvenimenti che scandiscono la giornata e della flessibilità al fine di potersi adattare alle esigenze dei Pazienti ma anche alle opportunità del territorio.

La SSG eroga, come specificato, due tipi di assistenza predominanti:

- Accoglienza residenziale per non autosufficienti
- Accoglienza residenziale per autosufficienti

La pianificazione avviene essenzialmente sulla base dei seguenti elementi in ingresso:

- Analisi dei bisogni e dei desideri degli utenti
- Rilevazione dei suggerimenti delle famiglie
- Richiesta e indicazioni da parte del Medico curante

L'organizzazione dell' SSG ha cura di comunicare e diffondere adeguatamente il piano di attività assistenziali, incluso in ogni suo aggiornamento periodico.

La comunicazione è orientata a facilitare la partecipazione dei diversi stakeholder coinvolti e, per questo, utilizza modalità appropriate attraverso l'invio di cocenti o prestazioni di sintesi, incontri e riunioni di illustrazione.

Il piano è portato a conoscenza presso i seguenti stakeholder:

- Paziente
- Famiglie del paziente
- Organizzazioni parallele erogatori di servizi integrativi

### 7.2 Ammissioni

L'accesso al servizio avviene attraverso l'Azienda ASL per i posti convenzionati per non autosufficienti.

Per tutti gli inserimenti, al momento della richiesta d'ammissione, è compito del Coordinatore valutare il possesso dei requisiti dell'ospite nonché la compatibilità dei bisogni del futuro ospite con la situazione del gruppo dei residenti in struttura.

Accordato l'inserimento, il Direttore Generale:

- Informa gli infermieri, il terapeuta della riabilitazione e gli operatori;
- Predisporre per l'accoglienza avvisando gli operatori (e scrivendo sulle consegne) per la preparazione degli spazi (camera) e dell'accoglienza. L'assegnazione della camera tiene conto dei bisogni e delle condizioni dell'utente oltre che del sesso ed è naturalmente dipendente anche dalla disponibilità effettive dei posti e della valutazione complessiva circa motivi di compatibilità degli ospiti all'interno di una stessa camera.





### 7.3 Accoglienza

Il giorno dell'ingresso il Direttore Generale o un suo delegato accolgono l'ospite e la famiglia e:

- Effettuano una visita della struttura
- Presentano gli operatori e i ruoli
- Spiegano le regole e le abitudini della struttura

#### **Inserimento “non autosufficienti”**

L'autorizzazione all'inserimento è inviata dall'ASL alla struttura accompagnata dal **P.A.P.** (Piano Assistenziale Personalizzato) e da una scheda con informazioni sanitarie.

Il giorno dell'ingresso il Direttore Generale apre la cartella sociale personale che contiene:

- Scheda d'ingresso
- Il consenso per il trattamento dei dati sensibili
- L'autorizzazione all'inserimento dell'Az. ASL;
- Le schede P.A.P. e sanitarie dell'Az. ASL;
- Documenti personali

L'infermiere professionale apre la cartella infermieristica.

Per l'Ente pubblico e l'Azienda ASL vigono i termini dell'accordo convenzionale. Per il dettaglio delle prestazioni erogate e del funzionamento della residenza vengono distribuiti una copia della Carta del servizio e del Regolamento della struttura. Le convenzioni e gli accordi inerenti la gestione della RSA sottoscritti dalla **SSG** con enti pubblici e/o privati stabiliscono inoltre le diverse responsabilità e i diversi compiti relativi alle gestione e manutenzione della struttura, oltre alle forniture necessarie per il suo normale funzionamento.

L'inserimento del nuovo ospite avviene tenendo conto della “storia di vita” e dei bisogni dell'utente e dei suoi familiari, che vengono rilevati fin dal momento dei primi colloqui con gli interessati e nella fase di osservazione e pianificazione dell'intervento di seguito descritta. Di tali aspetti ne viene data evidenza nelle cartelle personali degli ospiti, nei verbali degli incontri familiari e rappresentanti legali, nonché nell'ambito della pianificazione individuale e dei verbali del lavoro dell'equipe inerente le discussioni di situazioni specifiche inerenti gli ospiti. Vi è inoltre, nell'ambito dell'ordinaria gestione del servizio, uno scambio proficuo degli operatori assegnati ai vari turni: laddove le rilevazioni degli stessi assumano un particolare significato utile alla conoscenza dei colleghi dei turni successivi, ne viene data evidenza nel diario delle consegne.

La struttura favorisce la personalizzazione degli ambienti di vita – per quanto possibile e compatibile con le normative vigenti, in particolare relativamente alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. In particolare sono consentiti piccoli oggetti personali che possono essere tenuti dall'ospite all'interno della propria camera. L'ammissibilità degli oggetti è rimessa ad una valutazione del Direttore Generale.

### 7.4 Osservazione e pianificazione dell'intervento

Nei primi 30 giorni di presenza dell'anziano in struttura, l'operatore referente compila l'apposita sezione del gestionale interno relativa all'osservazione dell'ospite.

Il Direttore insieme all'operatore di riferimento, consulta l'equipe interna, sulla base dei piani elaborati dai servizi e nell'ottica di assicurare la partecipazione dell'ospite e della sua famiglia, definisce entro 45 giorni il piano di assistenza individualizzato e lo registra nella sezione ad esso dedicata sul gestionale.



Il piano viene poi presentato a tutti gli operatori in sede di riunione di equipe.

Almeno ogni 6 mesi, il Direttore e l'operatore di riferimento, dopo un confronto con gli altri operatori, verificano il raggiungimento degli obiettivi e, nel caso, adeguano il piano, favorendo anche in questo caso la partecipazione dell'utente, della famiglia e dei Servizi.



## 1. Scopo

Scopo di questa procedura è fornire indicazioni all'URP e a tutti gli operatori della struttura che devono gestire le domande di accoglimento o devono dare informazioni sull'ingresso in maniera tale da poter erogare informazioni chiare, trasparenti ed omogenee a tutti coloro i quali hanno necessità di utilizzare i servizi erogati della struttura stessa.

## 2. Campo di applicazione

La presente procedura si applica a tutte le aree gestionali ed operative della struttura SSG.

## 3. Processo e modalità operative

Il processo gestionale della seguente procedura può essere schematizzato nel seguente modo:

Funzionari coinvolti	Attività
Responsabile Amministrativo	Presentazione domanda di ammissione <b>con modalità web mail o contatto diretto</b>
Responsabile Amministrativo	Trasmette domanda di ammissione a Dipartimento Medico
Direttore Sanitario	Valutazione domanda di ammissione in base ai <b>requisiti di età e condizioni sanitarie</b>  Valutazione da parte del Direttore Sanitario con compilazione procedura interna riportate le <b>motivazioni valutative</b> .  Se ci sono casi dubbi si indice una <b>commissione valutativa interna</b> .
Direttore Sanitario	
ESITO NEGATIVO	Richiesta deroga alla ASL con indicazione dei problemi sanitari ostativi Chiusura della domanda di ammissione.
ESITO POSITIVO	Verifica disponibilità dei posti accreditati
	<b>Se non c'è disponibilità</b> Inserimento domanda in lista d'attesa
	<b>Se c'è disponibilità</b> Comunicazione all'utente e/o famiglia l'avvenuta accettazione con conseguente definizione del periodo d'inserimento <b>con modalità web mail</b>



## **1. Scopo**

Scopo di questa procedura è quella di gestire le domande di ammissione per l'ingresso nella struttura sanitaria residenziale.

## **2. Gestione**

L'utente richiedente, dopo contatto presso il preposto ufficio competente, ottiene la modulistica necessaria alla valutazione, da parte del Direttore Sanitario e del Direttore Generale, per l'ingresso nella struttura sanitaria residenziale.

Il flusso gestionale è stato descritto nel paragrafo.

## **3. Modulistica**

Viene riportato di seguito il fac simile della domanda di ammissione che diventa parte integrante e componente del presente MQ – Manuale Qualità



# DOMANDA di AMMISSIONE

Con la presente richiesta si presenta domanda di ammissione presso la Struttura Residenziale per Anziani SAN GIUSEPPE.

La domanda dovrà essere redatta in **stampatello** con **grafia comprensibile, firmata in ogni sua parte e corredata da tutti i documenti** richiesti.

La domanda dovrà essere consegnata, all'**Ufficio Amministrazione** con i seguenti modi:

- di persona  
dalle **ore 09:00** alle **ore 13:00**  
dalle **ore 15:00** alle **ore 19:00**  
di tutti i giorni della settimana, compreso **sabato** e **domenica**
- via posta elettronica utilizzando i seguenti indirizzi mail:  
**direzione@sangiuseppeacquapendente.it**  
**amministrazione@sangiuseppeacquapendente.it**  
**info@sangiuseppeacquapendente.it**
- via fax utilizzando il numero  
**0763 731518**

In caso di dubbi si potrà utilizzare il seguente numero di telefono, attivo dalle ore 09:00 alle ore 13:00 e dalle ore 15:00 alle ore 19:00 di tutti i giorni della settimana: **0763 734105**

Dati  
Richiedente

Cognome e nome



Luogo nascita

Provincia

Data di nascita

Luogo di residenza

Provincia

Indirizzo

Recapiti telefonici

Mail

Titolo di studio

Attività lavorativa svolta

Pensione

Categoria

N°

Stato civile

Nome del coniuge

**Tipologia  
ospitalità richiesta**

- Continuativa – Vitalizia  
 Temporanea – Indicare periodo \_\_\_\_\_  
 Autosufficiente  
 Centro aperto  
 Centro diurno

Con la sottoscrizione della presente domanda dichiara di:

- essere a conoscenza delle norme previste dal regolamento della Casa di Riposo, consegnato in allegato alla presente domanda di ammissione, e di impegnarsi all'osservanza del medesimo in ogni sua parte
- di aver inoltrato la richiesta di autorizzazione all'ASL – Distretto Socio Sanitario o al Comune di seguito indicato

- di aver preso visione e di accettare quanto scritto nelle pagine seguenti del presente modulo di ammissione e di sostituirsi ad eventuali inadempimenti
- autorizzare la Struttura Residenziale per Anziani "SAN GIUSEPPE" al trattamento dei dati personali e sensibili, di cui entrerà in possesso a seguito di attivazione del procedimento relativo alla richiesta e poi alla propria successiva ammissione e permanenza nella struttura, consapevole che tali dati saranno resi noti da parte dell'Ufficio competente a riceverli, a persone dell'Ente e/o a soggetti convenzionati sulla base di norme di Legge o di regolamento o, comunque, per l'esercizio di attività istituzionali e inerenti al normale svolgimento del servizio. La comunicazione dei dati personali a privati potrà avvenire solo se prevista da norme di Legge o regolamento per l'esercizio del diritto di accesso nell'ambito della normale attività del servizio. Il tutto nel rispetto di quanto stabilito dal GDPR "privacy" in vigore.

IN FEDE

Firma del richiedente o del Tutore

**Condizioni per  
l' ammissione**

1



Cognome e nome richiedente

---

**2**

Cognome e nome familiare / tutore / garante

---

Luogo nascita

Provincia

Data di nascita

---

Luogo di residenza

Provincia

Indirizzo

---

Recapiti telefonici

Grado di parentela con richiedente

---

**3**

Cognome e nome familiare / tutore / garante

---

Luogo nascita

Provincia

Data di nascita

---

Luogo di residenza

Provincia

Indirizzo

---

Recapiti telefonici

Grado di parentela con richiedente

---

Con la sottoscrizione delle presenti condizioni, si impegna/impegnano e prende/prendono atto :

1. a mantenere continui contatti con l'ospite ricoverato presso la Struttura Residenziale per Anziani "SAN GIUSEPPE" e ad occuparsi di lui per visite mediche, ricoveri in ospedale, igiene personale, vestiario ed altre particolari necessità
2. ad avere contatti continui con il personale della Casa di Risposo "SAN GIUSEPPE" per far in modo di soddisfare tutti i bisogni che l'ospite può avere nel corso dell'ospitalità
3. a corrispondere l'intero importo della retta giornaliera prevista a loro carico e a provvedere che venga pagata regolarmente anche quella a carico dell'ospite, sostituendosi ad eventuali inadempimenti, nonché a rimborsare qualsiasi spesa o servizio anticipata dall'Istituto per conto dell'ospite, nel corso della sua permanenza
4. della retta stabilita dalla Casa di Risposo "SAN GIUSEPPE" competente e sono consapevoli che nel futuro tutti gli aumenti della retta saranno a loro carico
5. a pagare puntualmente, in maniera anticipata, la retta a carico proprio e dell'ospite **entro il giorno 5 del mese**, direttamente o tramite istituto bancario e, comunque, si impegnano a pagare gli interessi dovuti per il non rispetto delle scadenze, secondo quanto previsto dal regolamento, consegnato in allegato alla presente domanda di ammissione
6. sia i sottoscritti che l'ospite stesso, sollevato, fin da ora, la Struttura Residenziale per Anziani "SAN GIUSEPPE" e tutto il personale addetto, da ogni e qualsiasi responsabilità per incidenti, infortuni e quant'altro, provocato dall'ospite nei confronti della propria persona, di terzi (persone, animali, cose), sia all'interno che all'esterno della Casa di Risposo, sollevando, nel contempo, la stessa Casa di Risposo da ogni responsabilità nel caso in cui l'Ospite si allontani dalla struttura di propria iniziativa



7. che l'Amministrazione, a suo insindacabile giudizio, ha la facoltà di dimettere l'Ospite qualora si verificassero inadempimenti nei pagamenti, nel rispetto del regolamento, consegnato in allegato alla presente domanda di ammissione, per condotta incompatibile con la vita comunitaria o altre cause tali da richiedere il suo allontanamento. In conseguenza a di ciò, i firmatari della presente si impegnano ad ospitare l'anziano in oggetto qualora fosse dimesso dalla Casa di Rispo.
8. che, per tutto quanto non compreso nella presente domanda, vige quanto previsto nel regolamento della Casa di Rispo "SAN GIUSEPPE", consegnato in allegato alla presente domanda di ammissione, in materia e della consuetudine
9. che l'accettazione della domanda e successiva ammissione dell'Ospite della Casa di Rispo "SAN GIUSEPPE" sono subordinate alla presentazione
  - 9.1 dei documenti previsti
  - 9.2 dall'autorizzazione al ricovero rilasciata
  - 9.3 della scheda di valutazione socio-sanitaria
  - 9.4 degli accertamenti disposti direttamente dalla Casa di Rispo "SAN GIUSEPPE"

<b>Coordinate Bancarie Banca di appoggio</b>	I B A N	IT 39 S089 5139 5500 0000 0355 345
	Istituto Bancario	BCC dei Colli Albani – Soc. Coop. Filiale Ciampino
	Intestatario	San Giuseppe Srl - Via Anagnina 461 - Roma

\_\_\_\_\_ ,li \_\_\_\_\_

**IN FEDE**

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_





## ALLEGATO 01

### Documenti da presentare

#### AMMINISTRATIVI

- Fotocopia carta d'identità
- Fotocopia tessera sanitaria
- Fotocopia eventuale patente di guida
- Fotocopia eventuale certificato di invalidità
- Fotocopia eventuale esenzione ticket sanitario

#### CLINICI

- Terapia con indicazione farmaco, dosaggio, posologia e orario di somministrazione
- Visite specialistiche recenti
- Eventuali fogli di dimissione
- Eventuali piani terapeutici
- Anamnesi remota / prossima (patologica)
- Elenco attività programmate di controllo (esami, visite, ecc...)

### Accessori da preparare

#### INDUMENTI

##### Vedi dettaglio di seguito

- Comodi che si indossano con facilità e NON siano di lana
- Nessun reggiseno per le donne
- Con taglie abbondanti ma non sproporzionate
- Fatti con materiale elasticizzato
- Segnati, sull' etichetta interna, con pennarello indelebile, con codice identificativo che sarà comunicato in maniera preventiva all'ingresso

#### IGIENE

- Tutti gli accessori personali utilizzati per l'igiene personale quali, ad esempio, pettine o spazzola, spazzolino da denti, dentifricio, sapone liquido, crema corpo, ecc....
- Pannoloni utilizzati

#### AUSILIO

- Carrozzina
- Materasso antidecubito con relativo motore
- Stampelle
- Ecc...



**Elenco tipico degli indumenti da preparare, tutti segnati:**

**Indumenti invernali**

N° 4 maglie  
N° 4 paia di calzini  
N° 4 maglioni  
N° 4 giacche  
N° 4 pantaloni

**Indumenti estivi**

N° 4 magliette cotone  
N° 4 paia di calzini  
N° 4 giacche di cotone  
N° 4 magliette  
N° 4 pantaloni



## ALLEGATO 04

### Regolamento Struttura Residenziale per Anziani “SAN GIUSEPPE”

Nella pagine seguenti viene allegato il **Regolamento interno** della Struttura Residenziale per Anziani.

Il Regolamento è **parte integrante e sostanziale** della presente domanda di ammissione.

Con la sottoscrizione di quest'ultima, si accetta, in maniera incondizionata, il Regolamento della struttura per anziani.



# **REGOLAMENTO INTERNO AMMINISTRATIVO**



## **REGOLAMENTO INTERNO**

<b>Art.</b>	<b>Oggetto</b>
	<b>Capo I</b>
	<b>Ammissione e pratiche d'ingresso</b>
1	Utenza
2	Domanda di ricovero
3	Documenti ed effetti personali richiesti al momento dell'ingresso
4	Documentazione consegnata al momento dell'ingresso
5	Esclusione della custodia
	<b>Capo II</b>
	<b>Retta</b>
6	Prestazioni offerte
7	Pagamento della retta
8	Sanzione per ritardo nei pagamenti
9	Riduzioni della retta
10	Ricoveri temporanei
	<b>Capo III</b>
	<b>Prestazioni istituzionali</b>
11	Prestazioni istituzionali
12	Alloggio
13	Norme di comportamento: facoltà
14	Norme di comportamento: doveri
15	Norme di comportamento: divieti
16	Responsabilità
	<b>Capo IV</b>
	<b>Servizio Mensa</b>
17	Tipologia del servizio
18	Modalità del servizio
	<b>Capo V</b>
	<b>Servizio Sanitario</b>
19	Assistenza medica
20	Assistenza infermieristica
	<b>Capo VI</b>
	<b>Servizi Generali</b>
21	Servizio di lavanderia
22	Servizio telefonico
23	Servizio audio – televisivo
	<b>Capo VII</b>
	<b>Attività Ricreative e culturali</b>
24	Attività ricreative, culturali e occupazionali
	<b>Capo VIII</b>
	<b>Rapporti con l'ambiente esterno</b>
25	Rapporti con l'ambiente esterno
	<b>Capo IX</b>
	<b>Rapporti fra il personale e gli ospiti</b>
26	Rapporti tra il personale e gli ospiti



	<b>Capo X</b>
	<b>Rapporti fra gli ospiti</b>
27	Rapporti fra gli ospiti
	<b>Capo XI</b>
	<b>Norma di interesse generale</b>
28	Norma generale
	<b>Capo XII</b>
	<b>Custodia, valori e responsabilità civile</b>
29	Servizio di custodia
30	Rilascio di effetti personali degli ospiti
	<b>Capo XIII</b>
	<b>Dimissioni dell'ospite</b>
31	Dimissioni
	<b>Capo XIV</b>
	<b>Disciplina del volontariato</b>
32	Disciplina del volontariato
	<b>Capo XV</b>
	<b>Tutela della privacy</b>
33	Tutela della privacy
	<b>Capo XVI</b>
	<b>Consiglio della casa</b>
34	Consiglio della casa



## Capo I

### **AMMISSIONE E PRATICHE D'INGRESSO**

#### Articolo 1

##### **Utenza**

La Struttura Residenziale per Anziani ospita prevalentemente persone anziane di ambo i sessi, in età pensionabile che si trovano in condizioni di incapacità a condurre una vita autonoma nella loro abitazione. Possono essere ospitate persone in età adulta che versino in particolari situazioni di disagio. L'ammissione non è subordinata alle condizioni economiche o sociali del richiedente. Costituisce titolo di precedenza all'ammissione la residenza nel Comune di Acquapendente. Non possono essere ospitate persone affette da malattie contagiose o comunque tali da disturbare la vita comunitaria dell'Ente.

#### Articolo 2

##### **Domanda di ricovero**

Per richiedere l'accoglienza nella struttura è necessario presentare apposita domanda riguardante la situazione personale, familiare, sanitaria della persona al Servizio Sociale del Comune di Acquapendente. La domanda va redatta utilizzando gli appositi modelli predisposti dalla Struttura Residenziale per Anziani disponibili presso l'Ufficio della Struttura Residenziale per Anziani o l'Ufficio del Servizio Sociale del Comune. Alla domanda, redatta secondo lo schema allegato al presente regolamento (allegato 1) dovrà essere allegata la seguente documentazione:

1. Stato di famiglia;
2. Certificato redatto dal Medico di famiglia con il quale si attestano le condizioni psico-fisiche dell'ospite;
3. Impegno di corresponsione della retta da parte del richiedente, della famiglia o dell'Ente competente;
4. Indicazione nella scheda personale oltre che dei dati anagrafici dell'interessato dei nomi ed indirizzi di famigliari o conoscenti ai quali la Direzione possa rivolgersi in caso di necessità.

L'Assistente Sociale acquisirà le informazioni e svolgerà accertamenti necessari per la valutazione dei bisogni assistenziali avvalendosi di colloqui con l'utente ed i suoi famigliari, acquisizione informazioni presso Medici e strutture sanitarie, visite domiciliari, ogni altro tipo di accertamento e verifica ritenuto utile. Sulla base di quanto dedotto provvederà alla stesura della relazione sociale sulle condizioni psico-fisiche e relazionali.

La responsabilità del processo di raccolta, di valutazione delle domande di ingresso e di definizione delle liste di attesa è della Struttura Residenziale per Anziani.

La Struttura Residenziale per Anziani dà comunicazione scritta all'interessato della deliberazione di ammissione e della data ed ora di ingresso.

Trascorsi quindici giorni dalla data, la domanda di ammissione sarà considerata decaduta, qualora l'interessato non si sia giustificato entro il suddetto termine.

E' prevista la possibilità di effettuare ricoveri con procedura accelerata in casi di emergenza sociale, urgenza o forza maggiore. L'ammissione sarà quindi soggetta a regolarizzazione tramite ratifica da parte del consiglio di amministrazione.

#### Articolo 3

##### **Documenti ed effetti personali richiesti al momento dell'ingresso**

Al momento del ricovero è necessario consegnare al Responsabile della struttura o all'infermiere la seguente documentazione:

- 1) Carta d'identità dell'interessato
- 2) Codice fiscale o sua fotocopia
- 3) Tessera sanitaria
- 4) Tessera esenzione pagamento ticket (in mancanza della quale sarà carico del ricoverato o dei famigliari la quota relativa di esami specialistici).
- 5) Fotocopia dell'eventuale verbale di invalidità
- 6) Tutta la documentazione sanitaria disponibile (cartelline ospedaliere, recenti esami specialistici, referti di radiografie, la terapia in atto a domicilio).



- 7) Occhiali ed altre eventuali protesi (protesi acustiche, calzature ortopediche, ecc) o ausili (tripodi , carrozzella, letto ortopedico ecc) già utilizzati a domicilio. Si raccomanda di segnalare alla responsabile gli ausili fornite dalla Asl, per consentire la regolarizzazione della relativa pratica.
- 8) Tutte le notizie che possono aiutare ad erogare una migliore assistenza (le necessità assistenziali della persona, le sue abitudini, i suoi interessi, ecc).

La disponibilità di tutte queste informazioni e la collaborazione dei famigliari, risulta fondamentale per la personalizzazione dell'assistenza.

#### Articolo 4

##### **Documentazione consegnata al momento dell'ingresso**

Il presente regolamento, al momento dell'ammissione, sarà consegnato in copia a ciascun ospite, in allegato alla domanda di ammissione, e sottoscritto per presa visione ed accettazione delle clausole ivi contenute. Sarà altresì depositato in direzione per la consultazione da parte di eventuali interessati. Al momento dell'emanazione, sarà altresì consegnato in copia ad ogni ospite/familiare già presente.

#### Articolo 5

##### **Esclusione della custodia**

L'entrata nella Casa per Anziani non implica l'obbligo della custodia, ma solo l'impegno per l'ospitalità, il vitto, ed i servizi previsti dal seguente regolamento.

## Capo II

### **RETTA**

#### Articolo 6

##### **Prestazioni offerte**

La retta dà diritto di godere di vitto, alloggio, lavanderia, pulizia personale e dei locali - comuni e non -, riscaldamento e di tutti i servizi generali e collettivi previsti e disciplinati dal presente regolamento.

Non sono comprese nella retta di ospitalità le spese di assistenza sanitaria, che sono a carico dell'ospite e dei famigliari civilmente obbligati.

Dette spese riguardano in particolare:

- spese per l'acquisto di farmaci e medicinali non a carico del servizio sanitario nazionale o regionale;
- spese per analisi e prestazioni sanitarie specialistiche non a carico del servizio sanitario o regionale;
- spese di trasporto presso le strutture sanitarie esterne.

#### Articolo 7

##### **Pagamento della retta**

Per ciascun ospite ammesso, deve essere corrisposta la retta mensile periodicamente stabilita periodicamente dalla Direzione della Struttura Residenziale per Anziani.

La retta può essere modificata in relazione al costo della vita e dei servizi erogati.

Qualora la retta venga pagata dall'interessato direttamente, o, per suo conto, da parte di altre persone, l'importo stabilito deve essere versato presso la Tesoreria della Struttura Residenziale per Anziani anticipatamente entro il giorno quindici del mese di competenza.

Qualora il pagamento avvenga con mezzi derivanti da pensioni o altri introiti previdenziali, i termini sono gli stessi della riscossione.

Negli altri casi l'Ente Assistenziale competente corrisponde la retta in conformità al proprio impegno in misura totale o parziale, sulla base della contabilità mensile inviategli dalla Struttura Residenziale per Anziani.

Agli ospiti riconosciuti invalidi al 100%, con o senza indennità di accompagnamento, sarà applicata la retta massima.

Gli ospiti ai quali venga riconosciuta l'indennità di accompagnamento sono tenuti al versamento degli arretrati di retta maggiorata dal momento del riconoscimento.





Articolo 8

**Sanzione per ritardo nei pagamenti**

In ogni caso non è ammesso un ritardo nei pagamenti superiore a mesi 1.  
Trascorso il suddetto termine, qualora la retta non venisse corrisposta, la Casa, valutate le motivazioni del ritardo, promuove le dimissioni dell'ospite, salvo restando ogni azione legale per il recupero delle somme dovute.

Articolo 9

**Riduzioni della retta**

L'obbligo della corresponsione della retta giornaliera persiste nei casi di temporanea assenza.  
L'ospite che desidera assentarsi per qualche giorno dalla struttura dovrà darne comunicazione preventiva alla Casa, indicando la durata dell'assenza ed il termine previsto di rientro.  
Nel caso di ricovero ospedaliero e ogni altra eventuale assenza documentata verrà conservato il diritto al posto-letto con obbligo del pagamento della retta di ospitalità nei seguenti termini:  
Dal 1° al 15° giorno di assenza: nella misura dell'80%  
Dal 16° giorno di assenza: nella misura del 60%

Articolo 10

**Ricoveri temporanei**

E' prevista, in casi eccezionali, la possibilità di ricoveri temporanei per un massimo di due mesi continuativi nell'arco di dodici mesi, con il pagamento anticipato dell'intera retta.

**CAPO III**

**PRESTAZIONI ISTITUZIONALI: ALLOGGIO**

Articolo 11

**Prestazioni istituzionali**

La Struttura Residenziale per Anziani mette a disposizione le proprie prestazioni istituzionali (vitto, alloggio, ecc.) favorendo le relazioni degli ospiti tra loro e quelle con l'ambiente esterno di provenienza, nel pieno rispetto delle loro personalità e libertà.

Articolo 12

**Alloggio**

La sistemazione del nuovo ospite è condizionata ovviamente dalla disponibilità del posto letto.  
Per quanto possibile, vengono tenute in considerazione tanto le preferenze della persona quanto le sue necessità di ordine assistenziale e sanitario.  
All'atto dell'ammissione verrà assegnato ad ogni ospite un posto letto, un comodino ed un armadio per le cose di sua proprietà.

Articolo 13

**Norme di comportamento: facoltà**

L'ospite potrà :

- nei limiti delle possibilità della Casa scegliere i propri compagni di stanza;
- sistemare i propri soprammobili con l'assenso dell'Amministrazione e degli eventuali compagni di stanza;
- Usare propri apparecchi radio Tv purché non arrechino disturbo agli ospiti;
- Soggiornare liberamente nella stanza da letto, ad esclusione dei periodi destinati alla pulizia del locale;

Articolo 14

**Norme di comportamento: doveri**

L'ospite si impegna a:

- a) osservare le regole d'igiene dell'ambiente (non tenere nella stanza da letto cibi e bevande che possano influire sull'igiene dell'ambiente, non tenere animali);
- b) non fumare a letto e nelle stanze;



- c) rispettare il riposo dei compagni di stanza ponendo attenzione a non fare rumore e a non parlare a voce alta durante le ore considerate di riposo;
- d) non portare nelle camere e negli altri locali della struttura oggetti che possano costituire pericolo, ingombro o disturbo;
- e) segnalare alla Direzione l'eventuale cattivo funzionamento degli impianti e delle apparecchiature idrauliche ed elettriche dell'alloggio;
- f) consentire al personale di servizio e a qualsiasi altra persona incaricata dalla Direzione di entrare nell'alloggio e provvedere a pulizie e controlli
- g) non consumare all'interno della struttura bevande alcoliche.
- h) Liberare le camere da letto per il tempo necessario al personale ad effettuare le pulizie giornaliere.

#### Articolo 15

#### **Norme di comportamento: divieti**

All'ospite è fatto divieto di:

1. Stendere alle finestre capi di biancheria;
2. Tenere vasi di fiori o altri oggetti sui davanzali;
3. Usare apparecchi rumorosi che possano arrecare disturbo agli altri ospiti;
4. Gettare immondizia, rifiuti, ed acqua dalle finestre;
5. Vuotare nel water, bidet, lavabo, qualsiasi materiale che possa otturare o nuocere al buon stato delle condutture;
6. Usare apparecchi o strumenti per il riscaldamento o per cucinare.

E' inoltre fatto divieto di ospitare persone nel proprio alloggio anche per una sola notte e intrattenere i famigliari oltre gli orari stabiliti di permanenza;

Eventuali eccezioni alle presenti norme possono essere autorizzate solo su espressa richiesta medica o valutate dall'amministrazione.

#### Articolo 16

#### **Responsabilità**

L'ospite, o chi ne risponde, è tenuto a risarcire i danni arrecati per propria incuria o trascuratezza.

### CAPO IV

## **SERVIZIO MENSA**

#### Articolo 17

#### **Tipologia del servizio**

Il trattamento alimentare deve rispondere per quantità e qualità alle esigenze dietetiche dell'età avanzata e tener conto delle diverse abitudini alimentari degli ospiti.

Il menù viene predisposto dall'Amministrazione della Casa in collaborazione con il geriatra (ASL) convenzionato, con una rappresentanza dei medici di base dei ricoverati un medico o con un dietista e secondo possibilità di scelte personalizzate.

La dieta può essere modificata quando se ne presenti la necessità o l'opportunità.

Le diete particolari dovranno essere giustificate da apposita prescrizione medica.

#### Articolo 18

#### **Modalità del servizio**

I pasti sono serviti nelle sale mense dei piani e nella sala mensa generale.

In casi particolari l'Amministrazione della Casa può autorizzare il servizio in stanza.



## CAPO V

### **SERVIZIO SANITARIO** **(assistenza medico-infermieristica)**

#### Articolo 19

##### **Assistenza Medica**

E' fatta salva la facoltà di ogni ospite di ricorrere alle cure dei medici di fiducia. Gli ospiti che si ammalano possono avere le cure necessarie nella Casa stessa, sempre che il Medico di fiducia, scelto dal paziente, non ravvisi la necessità di un loro trasferimento in strutture ospedaliere.

#### Articolo 20

##### **Assistenza Infermieristica**

L'assistenza infermieristica è al servizio degli ospiti per le prescrizioni specificate dalla Legge.

La Casa affida le prestazioni di carattere infermieristico a personale abilitato a termini di Legge. Questo è tenuto inoltre a:

- a) chiamare il Medico in caso di necessità,
- b) prestare all'ammalato su prescrizione del Medico le cure necessarie,
- c) interessarsi per la provvista, la distribuzione, e la somministrazione dei medicinali ordinati dal Medico, il trasporto all'Ospedale dell'ospite ammalato,
- d) interessarsi affinché l'ammalato segua la dieta prescritta dal Medico,
- e) avvisare la Casa e le persone indicate nella scheda personale in caso di pericolo di vita o di grave infermità che richiedano un provvedimento urgente.

La Casa non si assume alcun onere per le prestazioni mediche e farmaceutiche al di fuori di quelle esplicitamente previste dal presente regolamento e declina ogni responsabilità per assistenza infermieristica praticata agli ospiti da persone non autorizzate dalla Casa stessa.

In caso di necessità di controlli specialistici da effettuare al di fuori della Casa l'Amministrazione si premurerà di avvisare i famigliari per acquisire la loro disponibilità all'accompagnamento e all'assistenza.

## CAPO VI

### **SERVIZI GENERALI**

#### Articolo 21

##### **Servizio di lavanderia**

La Casa mette a disposizione dell'ospite un servizio di guardaroba, lavanderia e stireria che curerà i cambi della biancheria personale da bagno e da letto.

#### Articolo 22

##### **Servizio telefonico**

Il servizio telefonico è garantito a mezzo di apparecchio ricevente mobile o centralizzato. Le chiamate in uscita sono a carico degli ospiti.

#### Articolo 23

##### **Servizio audio - televisivo**

Nella propria stanza è consentito l'uso di apparecchi audiovisivi che potranno essere collegati agli impianti centralizzati ove questi esistano.



In tutti gli altri casi si dovrà usufruire solo di antenna interna.

## CAPO VII

### **ATTIVITA' RICREATIVE E CULTURALI**

Articolo 24

#### **Attività ricreative, culturali e occupazionali**

L'ospite è libero di organizzare la propria giornata nel modo che ritiene più opportuno, occupando il tempo libero in attività ricreative, culturali, o occupazionali spontaneamente scelte.

A tal fine il personale della Casa si renderà animatore di iniziative utilizzando l'attrezzatura all'uopo predisposta.

Le varie attività saranno svolte nei locali a ciò destinati, secondo gli orari stabiliti.

L'ospite può frequentare liberamente gli ambienti della Casa messi a disposizione (sale soggiorno e locali per attività occupazionali).

## CAPO VIII

### **RAPPORTI CON L'AMBIENTE ESTERNO**

Articolo 25

#### **Rapporti con l'ambiente esterno**

La Casa favorisce al massimo i rapporti dell'ospite con l'esterno aiutandolo a mantenere i contatti con l'ambiente di provenienza e nel contempo ad integrarsi nel nuovo ambiente di residenza.

L'ospite gode della massima libertà salvo limitazioni imposte dallo stato di salute, tali limitazioni sono di competenza del Medico di fiducia e del servizio infermieristico.

L'ospite può uscire e ricevere visite con le seguenti modalità:

- per i familiari ed amici l'accesso all'Istituto è consentito dalle ore 09,30 alle 12.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00.
- I visitatori non sono ammessi nelle sale mensa durante la somministrazione dei pasti e nelle camere durante la cura dell'igiene personale degli ospiti.
- per patologie particolari per cui deve essere presente il familiare l'Amministrazione rilascerà apposita autorizzazione temporanea e nominativa sentito il servizio infermieristico e l'assistente sociale del Comune di provenienza.

## CAPO IX

### **RAPPORTO FRA IL PERSONALE E GLI OSPITI**

Articolo 26

#### **Rapporto tra il personale e gli ospiti**

I rapporti tra il personale della Casa, gli ospiti ed i loro familiari, dovranno essere improntati al massimo e reciproco rispetto, esprimersi nelle forme di una corretta educazione, svolgersi in un clima di serena e cordiale collaborazione.

E' vietata qualsiasi diversità di trattamento fra gli ospiti e così pure non sono ammesse mance, compensi o regali di alcun genere al personale da parte degli ospiti stessi o loro congiunti.

Eventuali reclami inerenti ai servizi ed al personale addetto devono essere presentati per iscritto direttamente alla Casa.

Ogni tipo di alterco, non sarà preso in considerazione.



## CAPO X

### **RAPPORTI FRA GLI OSPITI**

#### Articolo 27

##### **Rapporti fra gli ospiti**

Ogni ospite ha diritto di vivere liberamente, nel pieno rispetto del suo credo religioso e le sue idee politiche e sociali. La sua libertà di azione trova il solo limite nella libertà degli altri e nell'osservanza delle norme collettive, indispensabili per il buon funzionamento della vita comunitaria.

Gli ospiti impronteranno i loro rapporti al massimo rispetto, alla reciproca comprensione, ed alla solidarietà comportandosi in ogni circostanza secondo le regole di buona educazione.

## CAPO XI

### **NORME DI INTERESSE GENERALE**

#### Articolo 28

##### **Norma generale**

L'ospite deve adeguarsi alle decisioni della Casa ed alla rappresentanza degli ospiti

## CAPO XII

### **CUSTODIA, VALORI E RESPONSABILITA' CIVILE**

#### Articolo 29

##### **Servizio di custodia**

La Casa non assume alcuna responsabilità per cose e valori conservate nelle stanze degli ospiti. Inoltre declina ogni responsabilità per danni che possano derivare senza sua colpa agli ospiti e alle loro cose.

La Direzione della Casa può tuttavia impegnarsi a conservare valori o denaro degli ospiti, senza però alcuna responsabilità, nel caso in cui persone non in grado di gestirsi autonomamente per soddisfare i loro bisogni quotidiani. (bibite, caffè, ecc.)

#### Articolo 30

##### **Rilascio di effetti personali degli ospiti**

La Casa, al fine di tutelare i beni di un ospite qualora questo non fosse in grado di disporvi responsabilmente, non permetterà ad alcuno di asportare cose di proprietà dell'ospite senza la necessaria autorizzazione

In caso di decesso dell'ospite i parenti dovranno mettere la Casa nelle condizioni di poter assegnare gli effetti personali e quant'altro di proprietà del defunto agli effettivi aventi diritto che abbiano presentato tutta la documentazione necessaria alla loro individuazione o almeno un atto notorio.

Saranno oggetto di restituzione tutti gli oggetti di proprietà dell'ospite, salvo quelli naturalmente deperiti.

## CAPO XIII

### **DIMISSIONI DELL'OSPITE**



Articolo 31  
**Dimissioni**

Un ospite della Casa può essere dimesso per le seguenti motivazioni:

- 1-esplicita richiesta da presentare per iscritto
- 2-decisioni motivate dall' Amministrazione, su proposta dell'Assistente Sociale, sentito il parere della rappresentanza degli ospiti, quando:
  - dopo rinnovati richiami scritti, tenga un comportamento contrario alle norme del presente regolamento, di grave pregiudizio per la comunità o di grave disturbo per gli altri ospiti;
  - dopo un periodo di assenza, non rientri senza preavviso.
  - nonostante l'impegno assunto venga a trovarsi in una situazione di morosità nel pagamento della retta.

Le dimissioni dell'ospite possono essere promosse anche in caso di comportamenti di disturbo da parte dei parenti dello stesso.

**CAPO XIV**

**DISCIPLINA DEL VOLONTARIATO**

Articolo 32  
**Disciplina del volontariato**

La collaborazione dei Volontari è ammessa purchè gli interessati siano adeguatamente informati in merito al regolamento interno degli ospiti e del personale. La volontà di svolgere un'attività volontaria deve risultare da domanda scritta, indirizzata all'Amministrazione, la quale dovrà deliberare l'eventuale autorizzazione. L'Amministrazione deve intrattenere con i volontari rapporti di collaborazione, di studi e di ricerca, al fine di rendere i servizi sempre più aderenti alle istanze ed alle esigenze degli ospiti della Casa. Sono altresì tenuti a rispettare i programmi di servizio ed attenersi ai compiti loro affidati. I volontari si devono astenere da ogni azione che rechi pregiudizi all'organizzazione ed al funzionamento della Casa. Per ogni persona ammessa al servizio di volontariato deve essere garantita idonea assicurazione.

**CAPO XV**

**TUTELA DELLA PRIVACY**

Articolo 33  
**Tutela della privacy**

I dati personali forniti dagli ospiti, o dai loro famigliari, qualora siano impossibilitati, o altrimenti acquisiti nell'ambito dell'attività istituzionale della Casa, sono tutelati dalla Legge sulla tutela dei dati personali, meglio nota come Legge sulla privacy (Legge 31.12.1996, N° 675 con integrazione del D.Lg. 11 Maggio 1999 N°135 – D.Lgs. 196/2003). Oltre ai dati anagrafici e sociali vengono raccolti altri dati cosiddetti sensibili (articolo 22 e 24 L. 675/96) relativo allo stato di salute della persona, alla valutazione dell'autonomia personale ed altre informazioni di carattere assistenziale che sono custodite nella cartella clinica e nel Piano di assistenza individualizzato. Tutte le informazioni sensibili sono raccolte da personale qualificato e formato sugli aspetti di tutela dei dati personali esclusivamente al fine di garantire gli interventi sanitari ed assistenziali, nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità delle persone, secondo le modalità che rendono minimo il disagio della persona



## CAPO XVI

### CONSIGLIO DELLA CASA

#### Articolo 34 **Consiglio della Casa**

Ciascun ospite ha il diritto di partecipare alla elezione dei propri rappresentanti nel "Consiglio dei rappresentanti della Casa", secondo le modalità previste nell'apposito articolo del regolamento amministrativo della Struttura Residenziale per Anziani.

Il "Consiglio dei Rappresentanti della Casa" è organo con funzioni consultive non vincolanti per l'amministrazione. Ne fanno parte tre membri eletti fra i parenti e degenti stessi a seguito di votazione in ragione di un voto per ciascun ricoverato espresso dal ricoverato stesso o in caso d'impossibilità dal parente delegato al pagamento delle rette. Eletti i tre con i voti più alti, restano in carica un anno.

L'amministrazione promuove l'elezione, predispone le schede di voto, raccoglie i voti e provvede allo spoglio alla presenza dei parenti e dei degenti che vorranno assistervi.

L'elezione dei rappresentanti di cui al comma precedente, non esclude ogni altra forma di partecipazione alla gestione del servizio che singoli ospiti o gruppi propongano e sia compatibile con l'ordinamento giuridico.



## 1. Aspetti generali

La presente procedura affronta il problema delle liste di attesa all'ingresso in struttura residenziale sanitaria. Ci si propone quindi di individuare criteri che tengano conto di principi di appropriatezza e di priorità cliniche e non semplicemente cronologiche. Tale metodo contribuisce alla trasparenza del processo attraverso l'individuazione di criteri certi e conosciuti anche dal paziente, ma non può in nessun modo essere considerato strumento idoneo ad abbreviare i tempi di attesa complessivi

## 2. Registro prenotazione

Trattasi di registro cartaceo a pagine numerate, siglate dal Direttore Sanitario e dal Direttore Generale o da suo delegato, da tenere presso la struttura sotto la responsabilità del Direttore della stessa o da un suo delegato formalmente individuato.

## 3. Regolamento per la corretta tenuta e compilazione del registro

Il Direttore Generale, o suo delegato, è responsabile della corretta tenuta del registro. Nel registro saranno inseriti in ordine progressivo i nominativi dei pazienti con le informazioni richieste. Non dovranno essere presenti cancellazioni o abrasioni, qualora si presentasse la necessità di apporre correzioni si dovrà procedere secondo le modalità previste nella compilazione della cartella clinica.

I criteri di scorrimento della lista sono:

- 1) ordine progressivo;
- 2) non risposta alla chiamata;
- 3) non disponibilità del paziente;
- 4) codice di priorità clinica/socio-sanitaria;

I preposti Direttori della struttura elaboreranno delle linee guida interne, di cui copia sarà data alla Direzione Sanitaria, che faranno parte integrante dei criteri di gestione delle liste di attesa, tenendo presente che l'ordine progressivo può essere superato da criteri di gravità clinica o socio-sanitaria.

Tali criteri debbono basarsi sulla modifica della prognosi quod vitam o quod valitudinem da parte dell'atto terapeutico. Qualora si determinassero necessità di scorrimento della lista superando l'ordine progressivo, ciò va annotato nel campo "note" indicando la condizione b, c, d o altro con chiara indicazione della data e di chi contatta il paziente.

All'inizio dell'anno solare il "numero progressivo" verrà azzerato e pertanto si inizierà dal numero "1".

## 4. Procedure per il rispetto del Diritto di Accesso

Al fine di garantire il massimo della trasparenza al cittadino, al momento dell'inserimento in lista d'attesa verrà consegnato al paziente un modulo con indicato il numero progressivo della lista, il nome e cognome del paziente, il codice di priorità clinica.

Il responsabile della gestione della lista d'attesa seguirà le seguenti indicazioni:

- a) se il paziente non risponde alla convocazione telefonica per tre giorni di seguito, verrà chiamato il paziente successivo.
- b) Se il paziente è impossibilitato al ricovero per problemi intercorrenti verrà fatto slittare in relazione alle priorità presenti nella lista.
- c) Se il paziente rifiuta il ricovero perde diritto alla prenotazione e viene annullata.





Ciascun paziente o un suo delegato può richiedere di prendere visione del registro facendone opportuna richiesta alla Direzione Generale.

La Direzione Generale disporrà per l'immediato accesso fermo restando le norme per il rispetto della privacy.

## **5. Procedura**

### **5.1. Oggetto**

La procedura regola i criteri per la gestione delle liste di attesa, criteri che riguardano sia la corretta compilazione della lista, sia lo scorrimento della lista stessa, sia il rispetto del diritto di accesso.

### **5.2. Scopo**

La presente procedura si prefigge lo scopo di garantire che l'accesso alla struttura sanitaria residenziale in elezione avvenga secondo criteri di accessibilità, di equità, di trasparenza a tutela dei diritti dei pazienti. Si prefigge inoltre lo scopo di tenere il processo costantemente sotto controllo.

### **5.3. Applicabilità**

La presente procedura deve essere sempre applicata in tutti i casi di ricovero.

### **5.4. Responsabilità**

#### **Direzione Sanitaria**

È responsabile delle indicazioni, in accordo con la normativa vigente, della tenuta e conservazione dei registri di prenotazione. È responsabile del monitoraggio dell'attività e dell'individuazione di un medico di direzione referente.

#### **Direttore Generale**

È responsabile della pianificazione dei ricoveri programmati nel rispetto dei principi di uguaglianza ed imparzialità. Delega un suo collaboratore (Medico, coordinatore infermieristico, infermiere, segretaria) alla tenuta del registro di ricovero. È responsabile dell'individuazione di un sistema di criteri, esplicito e documentato, per l'assegnazione delle priorità ai pazienti in lista di attesa. È responsabile delle valutazioni periodiche (riesame della procedura) e dell'attivazione di eventuali azioni correttive qualora si verificano scostamenti significativi rispetto agli standard previsti.

#### **Delegato alla tenuta dei registri**

È responsabile della corretta tenuta dei registri secondo le indicazioni contenute nella procedura e secondo le direttive impartite dal Direttore di U.O.

## **6. Descrizione delle attività**

### **6.1. Proposta di ricovero**

Responsabile della proposta di ricovero è il medico che effettua la visita specialistica, egli è inoltre responsabile del corretto inserimento del paziente in lista di prenotazione e della completa informazione al paziente circa i tempi di attesa per il ricovero. Il medico che esegue la visita, sia in regime istituzionale che in quello libero-professionale, compila la scheda di proposta di inserimento.

Fornisce oralmente al paziente tutte le informazioni sulla sua posizione e sul ricovero, inoltre gli rilascia la parte della scheda in cui sono riportati tutte le informazioni relative alla fase di pre-ricovero secondo le modalità previste dall'organizzazione della struttura, nonché tutte le coordinate per potersi informare telefonicamente o di persona presso la struttura stessa.

### **6.2. Inserimento in lista di attesa**



Sul registro di prenotazione, per ogni paziente, vengono riportate le seguenti informazioni minime:

- nome cognome recapito telefonico indirizzo
- data di prenotazione
- n. progressivo di inserimento in lista
- classe di priorità
- diagnosi di ingresso
- medico proponente
- modalità di effettuazione della visita specialistica

Ad inserimento in lista avvenuto, le schede di proposta ricovero vengono archiviate e conservate per due anni.

### **6.3. Tenuta dei registri di prenotazione**

Responsabile della completezza delle informazioni inserite in lista è il Direttore Generale che è tenuto a firmare ogni pagina del registro cartaceo.

A completamento della compilazione del registro questo viene archiviato per due anni a cura del personale delegato alla compilazione.

### **6.4. Modifica dell'ordine di priorità**

Qualora si modificano le condizioni cliniche del paziente, oppure il paziente intende rinviare l'intervento per motivi personali, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità. Occorre scrivere sul registro di prenotazione la data delle modifiche, il motivo e la firma di chi ha disposto la variazione o ha ricevuto il rinvio del paziente, in tal caso sul registro dovrà apporre la propria firma anche il paziente.

### **6.5. Pulizia delle liste**

Periodicamente, con una cadenza massima annuale, viene effettuata una pulizia periodica della lista da parte del personale delegato alla tenuta del registro e/o di altro personale appositamente delegato.

L'esito della verifica è registrato su apposito modulo, firmato dall'operatore che ha preso contatto con il paziente e firmato dal Direttore Generale.

### **6.6. Rinunce e rinvii**

Qualora il paziente chiamato rinunci o rinvii volontariamente l'ingresso in struttura dopo essere stato inserito in lista, nel registro di prenotazione si annota l'evento con la firma di chi ha ricevuto la comunicazione.

Il Paziente che esce dalla lista per rinuncia riceve comunicazione (per fax o posta elettronica o lettera) scritta o appone la propria firma sul registro.

Per i rinvii entro 90 giorni il paziente rientra in lista in una posizione che tenga conto della sua posizione originaria.

### **6.7. Definizione dei criteri di priorità**

La direzione di ogni unità operativa è responsabile della classificazione in tre classi di priorità per le maggiori e più frequenti patologie trattate.

I criteri di priorità assegnati ai pazienti inseriti in lista deve fare riferimento almeno ai seguenti aspetti:

- condizione clinica e natura della patologia
- presenza di dolore e/o deficit funzionale e/o altre complicanze previste per il tipo di patologia
- casi particolari che, indipendentemente dal quadro clinico, richiedano di essere trattati in un tempo prefissato, purché esplicitamente dichiarati dal medico che compila la scheda di proposta di inserimento in lista.



## 1. Scopo

Implementare un'adeguata gestione della documentazione sanitaria, con particolare riferimento alla tenuta della cartella clinica, al fine di garantire la corretta compilazione da parte di tutti coloro che intervengono nel processo assistenziale del/la paziente, l'adeguata conservazione e la pronta disponibilità della cartella per tutti gli operatori, il/la paziente e per quanti, anche se non operatori sanitari, possono avere accesso alla consultazione della stessa. Il lettore della cartella clinica deve essere messo in grado di ripercorrere agevolmente l'intero percorso clinico-assistenziale che ha riguardato il/la paziente nell'episodio di ricovero, in qualsiasi momento dell'iter diagnostico-terapeutico.

## 2. Campi di applicazione

### 2.1. Definizione

**Cartella clinica:** documento che raccoglie le informazioni, attinenti al singolo paziente ed al singolo episodio di ricovero, finalizzate alla formulazione di decisioni cliniche e assistenziali: i dati e le informazioni riportate in tale documentazione hanno, quindi, lo scopo di fornire una base informativa per scelte assistenziali razionali ed efficaci e per garantire la continuità del percorso di cura, documentando il quadro clinico, il processo diagnostico-terapeutico realizzato e i risultati conseguiti.

**Responsabilità generale:** responsabilità relativa non al singolo accadimento, ma all'intero processo di vigilanza, conservazione e tenuta delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria.

**Sezioni:** la struttura di ciascuna sezione e la tipologia di informazione riportata per ognuna delle sezioni descritte dipendono dal tipo di ricovero e di patologia trattata nel corso del processo di cura.

**Identificazione della cartella clinica:** la cartella clinica deve essere identificata da un numero unico per ospedale (codice nosologico); non sono ammesse numerazioni interne assegnate dalle singole Unità Operative alla parte di cartella di propria competenza

**Proposta di ricovero:** con tale dizione si intende qualsiasi documentazione o certificazione che contiene le motivazioni del ricovero riconosciute valide dall'accettante e che costituisce parte integrante della cartella, vale a dire:

- referto di visita ambulatoriale (anche effettuata in regime liberoprofessionale) da cui si evinca l'indicazione al ricovero del/la paziente (per l'effettuazione di un intervento chirurgico, di accertamenti diagnostico-strumentali, ecc);
- in caso di ricovero programmato la modulistica attestante l'inserimento del/la paziente in lista d'attesa sottoscritta e datata dal medico responsabile;

**Processo di cura:** la descrizione in cartella clinica comprende la registrazione fedele di quanto è attuato sul/la paziente, compilando le varie sezioni previste dalla cartella, ad esempio:

- Procedure diagnostiche
- Procedure terapeutiche/assistenziali
- Procedure riabilitative
- Diario clinico e diario infermieristico medico ed infermieristico atto a realizzare la cartella clinica integrata che prevede un diario giornaliero, per facilitare, attraverso compilazione da parte del personale medico e infermieristico, il confronto e la comunicazione tra i due ruoli, realizzando in concerto un approccio multidisciplinare alle problematiche del/la paziente)



- RegISTRAZIONI dell'operatore socio-sanitario.
- Foglio unico di terapia farmacologia e prescrizione nutrizionale.
- Rilevazioni dei parametri vitali. E' possibile effettuare una sintesi da riportare in cartella delle rilevazioni eseguite in automatico (esempio monitoraggi continui senza eventi significativi da segnalare per lunghi periodi di tempo).

Si evidenzia che nei tracciati cardiografici devono invece essere completi, ovvero corrispondenti all'intero periodo di registrazione ed inseriti come tali in cartella clinica.

- Referti di tutte le procedure eseguite e referti delle consulenze effettuate
- Documentazione/cartella anestesologica
- Cartella trasfusionale
- Schede relative alla sorveglianza clinica del/la paziente contenuto/a
- Acquisizione del consenso/dissenso informato ai trattamenti diagnostico-terapeutici e relativa modulistica ( esplicitare in cartella l'avvenuta comunicazione al/la paziente dei rischi legati al rifiuto dei trattamenti proposti con sottoscrizione autografa dell'interessato/a o del suo legale rappresentante).
- Informativa e dichiarazioni di volontà del/la paziente ricoverato/a(ad esempio: autorizzazione al trattamento dei dati sensibili, autorizzazione all'informazione di terzi relativamente alle proprie condizioni cliniche, ecc..
- Copia denuncia malattia infettiva/notifica infezioni ospedaliere.
- Eventuali comunicazioni al Tribunale per i minori/Giudice Tutelare.
- Copia di eventuali denunce di reato inviate all'Autorità Giudiziaria
- Documentazione relativa a TSO.
- Scheda di valutazione geriatrica, esplorazioni funzionali.
- Diagnosi di dimissione a seconda della struttura adottata, può essere previsto un campo dedicato alla diagnosi di dimissione localizzato non necessariamente nella sezione conclusiva della cartella, bensì ad esempio sul frontespizio).
- Dimissione volontaria del/la paziente contro il parere dei sanitari (esplicitare in cartella l'avvenuta comunicazione all'interessato/a dei rischi legati all'abbandono del luogo di cura con sottoscrizione autografa del/la paziente o del suo legale rappresentante).

**Identificazione dell'operatore:** firma leggibile e/o firma e timbro, sigla depositata, firma digitale.

**Autore della registrazione:** il professionista sanitario intervenuto con finalità clinico - assistenziali nel corso dell'episodio di ricovero (medici, infermieri, specializzandi sotto la supervisione del personale medico strutturato, fisioterapisti, ecc...)

**Accesso alla visione/rilascio di copie di cartelle cliniche:** il rilascio della copia conforme della cartella clinica è gestita previa richiesta scritta e verifica del loro status comprovata da idonea documentazione, ovvero dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del DPR 445/2000, hanno diritto al rilascio i seguenti soggetti:

- L'interessato, purché non incapace per minore età o interdizione;
- La persona munita di delega dell'interessato;
- I genitori, anche disgiuntamente, del minore;
- Il tutore, il curatore o l'amministratore di sostegno ( ex art. 404 codice civile);
- Gli eredi legittimi o testamentari dell'interessato deceduto, nonché il curatore dell'eredità;
- I soggetti che debbono tutelare, in conformità alla disciplina sull' accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in altro diritto o libertà fondamentale o inviolabile;



- I soggetti appartenenti al servizio Sanitario Nazionale per motivi strettamente riconducibili alla loro attività istituzionale;
- Gli organi della Autorità Giudiziaria, Ufficiale di P.G., difensore Civico, difensori di parte che agiscono ai sensi dell'art. 391 quater del Codice di procedura penale;
- L'INAIL, secondo le vigenti disposizioni

### **3. Responsabilità**

#### **Direttore Sanitario e/o suo delegato**

- responsabilità generale sull'archiviazione e sulla conservazione delle cartelle dopo la loro chiusura presso l'archivio
- vigilanza di tipo generale sul rispetto della integrità e completezza della documentazione clinica, attraverso l'uso di specifiche procedure nelle quali si sostanzia l'attività di vigilanza
- dichiarazione di conformità delle copie della documentazione clinica conseguente agli aventi diritto

#### **Direttore Generale o altri delegati**

- responsabilità generale sull'archiviazione e sulla conservazione delle cartelle dopo la loro chiusura presso l'archivio
- vigilanza di tipo generale sul rispetto della integrità e completezza della documentazione clinica, attraverso l'uso di specifiche procedure nelle quali si evidenzia l'attività di vigilanza.
- dichiarazione di conformità delle copie della documentazione clinica Conseguente, agli aventi diritto

#### **4. Responsabile di Dipartimento Medico**

- vigilanza sul rispetto della integrità e completezza della documentazione clinica con verifica alla chiusura della medesima
- responsabilità di supervisione della tenuta della cartella clinica tramite idonei strumenti (audit, verifiche periodiche e/o a campione)
- responsabilità della corretta conservazione in reparto della cartella Clinica.

#### **5. Medico e Infermieri**

Responsabilità della corretta e completa compilazione relativa agli atti compiuti personalmente sul/la paziente e della registrazione degli eventi osservati durante il proprio turno.

#### **6. Coordinatore Infermieristico**

- Corresponsabilità, unitamente al Responsabile di unità Operativa della corretta conservazione in reparto della cartella clinica.
- Responsabile di supervisione e vigilanza della corretta compilazione della parte infermieristica della cartella clinica integrata.

#### **7. Archiviazione della Cartella Clinica**

L'archiviazione della cartella clinica è di competenza:

- dell'Unità Operativa di dimissione del/la paziente (fino alla permanenza della cartella in reparto)
- dell'archivio centralizzato (dal momento dell'arrivo della cartella clinica in archivio) o di eventuali ditte appaltatrici con servizio equivalente.

#### **8. Struttura**

##### **8.1. APERTURA DI RICOVERO**

###### **a) Dati Amministrativi**

- identificazione cartella clinica
- identificazione paziente assistito/a
- dati amministrativi di apertura del ricovero



b) Inquadramento Assistito

- proposta di ricovero
- diagnosi di ammissione/assessment infermieristico
- anamnesi (quando risultano elementi di rilievo, come allergie note a farmaci o altro,vanno indicate in un riquadro di immediata evidenza, sul frontespizio della cartella)
- esame obiettivo
- esame obiettivo neurologico
- ipotesi diagnostiche e pianificazione del processo diagnostico
- impostazione terapeutica e assistenziale
- referti esami effettuati in regime di pre-ricovero ed eventuali valutazioni pre-operatorie.

## 8.2. PROCESSO DI CURA

- deve contenere tutta la documentazione relativa all'iter diagnostico, terapeutico e assistenziale: ogni informazione riguardante le procedure effettuate sul/la paziente devono essere presenti nella cartella clinica. Eventuali copie di tale documentazione possono essere conservate laddove la procedura è stata generata.
- la cartella clinica integrata comprende un diario clinico medico e infermieristico. Le annotazioni dovranno riportare altresì la sintetica esplicitazione delle motivazioni delle scelte diagnostiche e terapeutiche effettuate;
- il foglio unico di terapia è il documento che attesta l'attività clinica (medica ed infermieristica) di "gestione" della terapia farmacologia destinata ai pazienti ricoverati. e' il documento da cui risultano le annotazioni "prescrittive" del medico (prescrizione,sospensione e variazione della terapia) e quelle "somministrative" del personale infermieristico (somministrazione avvenuta/non avvenuta);
- i referti di diagnostica per immagini devono essere presenti in cartella clinica, mentre l'iconografia può essere visibile su supporto informatico.

## 8.3 CHIUSURA DI RICOVERO

- diagnosi di dimissione e lettera di dimissione provvisoria (da confermare o da modificare alla chiusura della cartella clinica)
- SDO
- eventuale verbale di riscontro diagnostico.

## 8.4 CHIUSURA DELLA CARTELLA

- diagnosi e lettera di dimissione definitiva da riformulare o da mantenere sovrapponibile a quella provvisoria sulla base di tutti gli accertamenti effettuati e dei relativi referti eventualmente pervenuti dopo la dimissione del paziente. Anche qualora i referti risultassero non significativi("negativi") occorrerà in ogni caso darne evidenza in cartella della presa visione degli esiti e della comunicazione della loro negatività al paziente, specificatamente le modalità(es: il giorno (x) all'ora(y) si è data comunicazione al paziente, tramite colloquio telefonico o con altra modalità, della negatività degli esiti degli accertamenti in corso). In caso di esiti "positivi2 occorrerà provvedere ad una tempestiva presa in carico del paziente con conseguente attivazione dei percorsi necessari ad una sua rivalutazione e con la consegna di una lettera di dimissione modificata secondo il nuovo quadro clinico.
- check list di chiusura della cartella clinica (quale strumento di autovalutazione per la verifica della completezza della cartella).
- campo dedicato alla firma del direttore/Responsabile dell'Unità Operativa (o di suo delegato) che dimette il paziente, attestante la verifica della completezza della cartella clinica.
- viene stabilito un arco temporale ragionevolmente congruo, entro il quale effettuare tassativamente la chiusura delle cartelle cliniche, un periodo **non superiore a trenta giorni**. La



documentazione sanitaria dovrà ovviamente comprendere tutti i referti degli accertamenti richiesti durante il ricovero.

## 9. Formato

I fogli che costituiscono le diverse componenti presenti all'interno della cartella clinica cartacea( anche costituenti la stampa di quella informatizzata) devono essere numerati ed intestati con:

- il codice della cartella clinica e i dati/codice identificativi del/la paziente
- il titolo del documento a cui si fa riferimento (anamnesi, esame obiettivo, foglio unico di terapia, diario clinico medico e infermieristico, documentazione infermieristica, referti di consulenza specialistica, lettera di dimissione, ecc)
- Unità Operativa di ricovero.

## 10. Verifiche

Al fine di una valutazione più efficace dell'effettiva applicazione delle suddette indicazioni operative si prevede:

- di effettuare verifiche periodiche(trimestralmente)presso le Unità Operative, riguardanti la corretta tenuta e la conservazione delle cartelle cliniche;
- di prevedere, per ogni unità operativa, un controllo su un campione significativo di cartelle (non inferiore al 5%);
- di prevedere periodicamente un audit di Ufficio di Direzione Sanitaria (UDS) nel quale mostrare, disaggregati per singola Unità Operativa, i risultati di tale indagine, definire gli obiettivi e gli eventuali correttivi per il trimestre successivo;
- di subordinare la verifica dei Direttori/Responsabili di U.O. anche alle attività relative alla corretta compilazione e tenuta delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria.



## 1. Prescrizione

La responsabilità della corretta prescrizione è attribuita a:  
Medici di Medicina Generale che svolgono le visite domiciliari agli ospiti all'interno della struttura.  
Medici specialisti che svolgono consulenze domiciliari.  
Eventualmente Guardia Medica, laddove chiamata.

La prescrizione avviene per iscritto, con registrazione nella apposita sezione della diaria della cartella clinica dell'ospite, con grafia leggibile e con indicazione della forma farmaceutica, via di somministrazione, dose, intervallo di somministrazione, durata del trattamento, data e firma del medico.

Al fine di evitare errori o fraintendimenti, si esclude la prescrizione telefonica. In caso di necessità, l'infermiere o l'operatore socio-assistenziale si avvalgono della chiamata del Medico di Medicina Generale o, nei giorni/orari in cui il MMG non sia attivabile, del servizio di Continuità Assistenziale (Guardia Medica) o di Emergenza Territoriale (118). Nella prescrizione di farmaci al bisogno, per le caratteristiche del contesto, si impone una valutazione critica e prudentiale dell'eventuale prescrizione; il Medico è responsabile di registrare in cartella l'indicazione terapeutica, i criteri che l'Infermiere o l'OSS dovrà adottare per la valutazione del "bisogno", nonché la posologia, la dose massima giornaliera e l'eventuale intervallo di tempo fra le somministrazioni.

## 2. Compilazione/aggiornamento della "scheda pro-memoria per la terapia farmacologica"

La responsabilità della corretta (fedele a quanto prescritto) e adeguata (distribuita in orari adeguati, in associazione a farmaci che non favoriscano interazioni inattese) compilazione/aggiornamento della "scheda pro-memoria per la terapia farmacologica" (Allegato C) è svolta secondo le seguenti modalità:

- l'aggiornamento informatizzato, su un computer presente nell'Ambulatorio sanitario, della prescrizione farmacologica da parte del Medico con relativa stampa immediata della "scheda pro-memoria" dopo ogni aggiornamento della terapia, sottoscritta dal prescrittore stesso;
- l'attribuzione eccezionale all'Infermiere nei casi in cui non dovesse funzionare il computer della compilazione/aggiornamento, svolta preferibilmente contestualmente alla prescrizione medica in cartella. In caso di impossibilità di compilazione contestuale, l'Infermiere si fa garante di richiedere il prima possibile la verifica diretta con il prescrittore.

La responsabilità della predisposizione del carrello contenente le terapie, suddivise negli appositi contenitori (uno per ogni singolo assistito), è attribuita all'Infermiere.

## 3. Modalità di Approvvigionamento farmaci

La responsabilità delle procedure di approvvigionamento è condivisa da Infermiere e personale amministrativo o esecutivo della struttura, in relazione alle competenze attribuite di seguito.

### Farmaci in Fascia A, fascia C o da banco:

Il prescrittore rilascia ricetta intestata al singolo ospite della struttura, consegnandola all'infermiere, il quale la consegna al personale amministrativo. Detto personale si fa carico dell'approvvigionamento presso le Farmacie presenti sul territorio e risolve le pratiche di pagamento (ticket, farmaci a pagamento, ecc.) con l'ospite.

L'Infermiere riceve dalla farmacia convenzionata i farmaci (già suddivisi in pacchetti per singolo ospite) e si assume la responsabilità del controllo della coincidenza con la terapia prescritta/in corso, depositando le confezioni nell'armadio farmaceutico collocato nell'ambulatorio.





### **Farmaci in regime di Doppio canale di distribuzione:**

Se l'assistito accetta la distribuzione diretta offerta, l'Infermiere inoltra la prescrizione medica, unitamente a copia del piano terapeutico in regime di validità, alla Farmacia Ospedaliera, accompagnati dal modulo di approvvigionamento interno all'A.S.L., specificando il centro di costo.

### **Materiale di medicazione:**

L'approvvigionamento segue le stesse modalità già in uso per i pazienti assistiti in Cure Domiciliari ovvero con richiesta interna inviata al servizio farmaceutico o provveditorato.

### **Farmaci di scorta:**

Al fine di consentire una tempestiva ed agevole somministrazione di farmaci in caso di bisogno o per inizio tempestivo di un ciclo terapeutico, come per la normale gestione domiciliare, è possibile conservare presso l'ambulatorio una minima scorta di farmaci o materiale di medicazione che possono essere approvvigionati presso la farmacia ospedaliera (richiesta di reparto su centro di costo "Ambulatorio Istituto Cimarosa"), ad esempio evacuanti, antidiarroidici, antipiretici, ecc. L'elenco di tali farmaci viene definito in collaborazione con i Medici di Medicina Generale.

### **Conservazione e smaltimento dei farmaci**

La responsabilità della corretta conservazione dei farmaci è attribuita all'Infermiere. La responsabilità del corretto smaltimento dei farmaci è attribuita all'Infermiere ed al personale amministrativo o esecutivo della struttura in relazione alle competenze attribuite di seguito.

### **DOVE:**

La conservazione dei farmaci avviene all'interno della sala infermieristica, nell'armadio farmaci suddiviso in celle (una cella per ogni ospite) per i farmaci di proprietà personale degli ospiti. I farmaci di scorta devono essere conservati in armadio separato. I farmaci che necessitano di conservazione in ambiente refrigerato sono conservati nel frigorifero presente nell'ambulatorio. Per la gestione dei campioni gratuiti, nell'ambulatorio infermieristico è messo a disposizione del medico, che li gestisce autonomamente, uno spazio riservato, non visibile al pubblico.

### **Stupefacenti e sostanze psicotrope:**

Trattandosi di una situazione domiciliare, la struttura non è dotata di registro di carico e scarico degli stupefacenti, che sono normalmente approvvigionati con ricetta personale presso le farmacie convenzionate. Il farmaco è di proprietà dell'ospite, che è responsabile della sua conservazione; in alcune situazioni, correlate a diminuite capacità gestionali dell'ospite, è dovuta una più stretta vigilanza e la conservazione avviene in apposito contenitore chiuso a chiave, all'interno della sala infermieristica.

### **COME**

Su ogni confezione di farmaco deve essere apposta in modo evidente la data di scadenza dello stesso. Con cadenza mensile, l'Infermiere verifica la presenza di farmaci con prossima data di scadenza e provvede all'eliminazione degli scaduti. I farmaci scaduti devono essere eliminati negli appositi contenitori presenti nelle farmacie convenzionate.

### **Modalità di Somministrazione**

La responsabilità della somministrazione è attribuita all'infermiere quando questi direttamente operi la somministrazione. Quando l'ospite assume la terapia (orale e topica) con eventuale aiuto del personale di assistenza (OSS), all'Infermiere viene riconosciuta la responsabilità di predisposizione del carrello ed all'operatore socio assistenziale la responsabilità dell'aiuto alla persona nella fase di assunzione.

Le norme di sicurezza nella somministrazione di farmaci prevedono che l'operatore:

1. controlli attentamente la "scheda pro memoria per la terapia farmacologica"; ogni dubbio interpretativo e/o incompletezza deve essere immediatamente riportata all'Infermiere;



2. identifichi correttamente l'ospite;
3. applichi la regola delle "6 G": Giusto paziente, Giusto farmaco, Giusta dose, Giusta via, Giusto tempo, Giusta registrazione;
4. non lasci i farmaci incustoditi;
5. documenti l'avvenuta somministrazione.

### **Preparazione del carrello terapia**

Sul carrello per la somministrazione delle terapie sono collocati i singoli contenitori contenenti le confezioni di farmaco di proprietà del singolo ospite. È responsabilità dell'Infermiere verificare, in collaborazione con l'OSS, la presenza dei farmaci necessari, la corrispondenza con quanto prescritto, la scadenza, il mantenimento della integrità della confezione.

### **Compilazione della "scheda pro memoria per la terapia farmacologica"**

Il Medico prescrittore, con procedura informatizzata o, in caso eccezionale di non funzionamento della stessa, l'Infermiere, trascrive la terapia prescritta in cartella clinica sulla scheda operativa per la somministrazione della terapia, individuale per ospite.

L'OSS che aiuta gli ospiti nella assunzione della terapia appone la propria firma/sigla sul modulo di avvenuta somministrazione.

La compilazione avviene seguendo le indicazioni del protocollo.

### **Reazioni al farmaco**

Possono essere rilevate dall'ospite stesso, che può riferire al personale di assistenza, all'infermiere o al medico; oppure possono essere rilevate direttamente dall'Infermiere o ad egli riferite dal personale di assistenza.

L'Infermiere, l'operatore assistenziale e l'ospite, in ragione delle loro competenze, valutano se necessaria la chiamata del servizio di emergenza territoriale, o -e con quale tempistica- del Medico curante. L'OSS annota le proprie osservazioni sul registro di consegne Infermiere/OSS.

L'infermiere successivamente registra in cartella clinica le osservazioni effettuate ed il riferito.

Il Medico di Medicina Generale avrà cura di compilare, in caso di reazioni avverse, la specifica modulistica per la segnalazione al Ministero, ai sensi del D.L. 219/2006.



## 1. Introduzione

Le attività di confezionamento, trasporto e accettazione di campioni biologici, data la loro potenziale infettività sono vincolate da appropriate procedure operative che devono garantire la sicurezza del personale coinvolto nel trasporto, impedire la dispersione di agenti infettanti o potenzialmente infettanti nell'ambiente in caso di incidenti che possono determinare la fuoriuscita del materiale dai contenitori.

Tali attività devono essere espletate al fine di garantire una corretta gestione del processo in tutte le sue fasi, cosicché si possa garantire altresì la qualità della prestazione nonché la sicurezza degli operatori (anche nel rispetto del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.) in tutte le fasi del processo che prevede uno stretto raccordo fra tutti a garanzia della tracciabilità del percorso, e nel rispetto di procedure e protocolli esistenti.

## 2. Scopo

Definire le modalità operative per la gestione in sicurezza del trasporto di materiale biologico garantendo la sicurezza degli operatori e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate nonché la tracciabilità di tutto il processo.

## 3. Campo di applicazione

La presente procedura si applica ogni volta che si rende necessario il trasporto di materiale biologico diagnostico da una struttura periferica al laboratorio, o da un laboratorio ad un altro laboratorio del Presidio Ospedaliero.

## 4. Responsabilità

Relativamente alle Responsabilità per la corretta applicazione della presente procedura si rimanda alla Matrice delle Responsabilità, che individua compiti e relative Responsabilità.

### 4.1. Matrice delle responsabilità

**R= Responsabile - C= Coinvolto - I = Informato**

## 5. Modalità operative

Deve essere assicurato che tutto il materiale necessario al corretto confezionamento sia sempre disponibile e facilmente reperibile. Per il trasporto su strada si intende dal punto di raccolta al trasporto presso il laboratorio analisi.

Il trasporto deve avvenire utilizzando un **sistema a tre involucri costituiti da recipiente primario secondario ed esterno**

**a. Recipiente primario:** inteso come il contenitore che accoglie il campione biologico reperito: provette, tubi, ampolle, ecc... Tale contenitore deve possedere le seguenti caratteristiche tecniche, al fine di evitare e/o ridurre, la potenziale esposizione del lavoratore ad Agenti Biologici:

- essere realizzato per l'uso specifico, in materiale impermeabile, etichettabile, a tenuta stagna, con chiusura ermetica.
- Consentire un agevole introduzione dei materiali biologici ad una facile manipolazione.

Tale recipiente primario deve essere:



- possibilmente avvolto in materiale assorbente non particolato, quale carta bibula o cotone idrofilo, presente in quantità sufficiente ad assorbire tutto il liquido fuoriuscito in caso di rottura del recipiente.
- Deposito in porta provette all'interno del recipiente secondario.

**b. Recipiente secondario:** è un contenitore di materiale resistente, impermeabile, a tenuta stagna, adatto a contenere e proteggere il recipiente primario. Può contenere anche più recipienti primari purché singolarmente avvolti in materiale assorbente e adeguatamente collocati.

All'esterno del recipiente secondario devono essere applicate le schede riportanti i dati identificativi e descrittivi del contenuto ed i dati riguardanti il destinatario e lo speditore. I dati devono essere contenuti in busta chiusa e nel rispetto della norma a tutela della privacy.

Tale contenitore deve inoltre possedere le seguenti caratteristiche tecniche:

- trasparenza e l'infrangibilità per visualizzare costantemente e garantire quindi l'integrità dei campioni contenuti;
- versatilità cioè essere completo di supporto assorbente utilizzabile come porta provette oppure come base d'appoggio sulla quale adagiare flaconi e porta provette;
- leggerezza perché il peso minimo facilita il trasporto delle valigette.
- essere sterilizzabile chimicamente;
- essere impermeabile e di facile etichettatura;
- consentire l'eventuale trasporto in refrigerazione.

L'auto veicolo che trasporta il contenitore secondario, deve essere dotato di un fermo, che assicuri il trasporto sicuro del contenitore, con il mantenimento della posizione verticale costante dello stesso.



**c. Recipiente esterno:** costituisce il contenitore più esterno in cui collocare il recipiente secondario per evitare danneggiamenti causati da fattori esterni quali agenti fisici o acqua. Tale contenitore può essere costituito da diverso materiale: cartone rigido, plastica, legno o altri materiali resistenti ad urti ed intemperie.



Inoltre l'operatore deve verificare l'effettiva chiusura di ogni contenitore primario utilizzato per la raccolta di materiale biologico dopo ogni riempimento, nel caso in cui il campione biologico venisse raccolto in una piastra, questa deve essere opportunamente chiusa e collocata in una rastrelliera che la mantenga in posizione verticale. Durante il trasporto è necessario collocare il porta provette e il contenitore di trasporto secondario, possibilmente nel raggio d'azione della braccia dell'operatore.

### **Ulteriori misure**

- Pulire e disinfettare le valigette giornalmente compresi i supporti e cambiare il materiale assorbente alla base;
- Inserire, nel caso di espettorato o altro materiale per ricerche microbiologiche, i campioni in sacchetti monouso e sigillarli;
- Non aprire, durante il trasporto, per nessun motivo il contenitore, nemmeno in caso di caduta accidentale;
- Accertarsi che il contenitore sia posto in posizione sicura;

### **5.1 Norme per il trasporto**

- Indossare i guanti monouso.
- Il personale avrà cura di stampare la lista CUP in cui sono riportati i seguenti campi:
  - codice ID Paziente,
  - data di nascita,
  - SPG CODE,
  - ID della Richiesta
  - N. campioni.
- Compilare il modulo di registrazione
- Raccomandare che durante il trasporto il contenitore non deve essere aperto per nessun motivo, nel caso di caduta l'operatore non deve aprire il contenitore.
- Raccomandare che in caso di spandimento di liquidi biologici all'interno del contenitore, l'operatore non deve in alcun modo aprire il contenitore ma consegnarlo al laboratorio ricevente per la decontaminazione.
- Raccomandare che all'interno del veicolo di trasporto deve essere presente un kit per la decontaminazione da utilizzare in caso di fuoriuscita accidentale del materiale biologico comprendente:
  - sostanza decontaminante
  - materiale assorbente
  - guanti monouso
  - contenitore per rifiuti speciali
- Segnalare tempestivamente qualsiasi difformità

### **5.2 Condizioni generali di conservazione e trasporto**

Oltre ai fattori interferenti legati alla variabilità biologica, altri eventi possono intervenire sul campione alterandone le caratteristiche ed interferendo, conseguentemente, da un punto di vista della rilevazione tecnica, sulla qualità dell'analisi. Talvolta l'interferenza può essere tale da rendere il risultato inattendibile. Tra i principali e più comuni di questi fattori ricordiamo l'emolisi, l'iperbilirubinemia, la lipemia, etc.



Nella pratica quotidiana, è necessario ridurre quanto più possibile l'incidenza di queste interferenze. A questo scopo risulta necessario standardizzare tutte le fasi e governare le condizioni che possono favorirne l'insorgenza e/o aumentarne l'incidenza.

L'ipotesi ideale sarebbe quella di poter gestire ogni singolo test mediante modalità dedicate in termini di prelievo, trattamento, trasporto e conservazione dei campioni. Tuttavia questa condizione risulta impossibile da realizzare per ovvi motivi: in genere, infatti, i test non vengono richiesti e non sono necessariamente prelevati singolarmente ma sono, il più delle volte, frutto di uno stesso prelievo. Si preferisce quindi mantenere costanti le condizioni generali (ad es. il digiuno), anche quando non strettamente necessarie per la determinazione in oggetto.

Tutte le condizioni particolari di preparazione del paziente, di raccolta, conservazione e trasporto dei campioni biologici sono descritti in letteratura. Di seguito vengono fornite alcune informazioni di carattere generale.

### **Campioni di sangue venoso**

- I campioni devono essere recapitati al Laboratorio prima possibile per consentirne la centrifugazione. Il documento NCCLS prevede la centrifugazione entro 2 ore dal prelievo.
- Di norma si può considerare di eseguire gli esami routinari **da 30' a 6 ore dal prelievo**.
- Deve essere evitato lo scuotimento dei campioni per la possibilità di produrre emolisi.
- Si devono mantenere le provette in posizione verticale per favorire la coagulazione nei prelievi per siero ed evitare l'attivazione in quelli per i test coagulativi.

### **Campioni di urina**

- Idealmente, l'esame del sedimento urinario dovrebbe avvenire entro 1 ora dall'emissione (i GR ed i GB si conservano diversamente a seconda del pH e dell'osmolarità). La consegna dovrebbe quindi essere immediata
- Nella realtà delle attuali concentrazioni organizzative, non è sicuramente possibile rispettare tali ristretti tempi di consegna. Anche per le urine, quindi, c'è da adottare un margine di tolleranza nel quale i possibili cambiamenti avvenuti nel campione risultino minimi. In accordo con i dati pubblicati in letteratura, sembra accettabile il termine **di 6 ore dall'emissione** quale limite orario di esecuzione del test senza interferenze rilevanti sui risultati.
- Nel caso di analisi la cui determinazione è richiesta sulla raccolta delle 24 ore, di norma il campione non deve essere mantenuto in frigorifero per evitare la precipitazione di cristalli. Quest'ultima modalità è quella seguita in genere dalle UUOO.

### **Campioni di feci**

- Verrà consegnata al Laboratorio, una piccola quantità di feci. Il campione **può essere conservato in frigorifero in attesa della consegna al Laboratorio**.
- Nel caso del Sangue Occulto, l'apposito contenitore contenendo una soluzione idonea, ne consente la conservazione **per tre giorni**.

### **Campioni particolari**

- Emogasanalisi:** se il campione viene esaminato **entro 15'**, esso può essere mantenuto a temperatura ambiente; in caso contrario, esso deve essere conservato in ghiaccio.
- Liquido ascitico, pleurico, pericardico, sinoviale:** è opportuno mescolare per inversione la provetta con K2EDTA, immediatamente dopo il prelievo. Il campione deve essere inviato al laboratorio **entro 1 ora dalla raccolta oppure conservato a 4°C** per rallentare lo sviluppo batterico, il danno dei costituenti cellulari ed alterazioni della composizione chimica.
- Ammonio:** tradizionalmente trasportato in ghiaccio, risente soprattutto del tempo intercorso tra prelievo e determinazione (**consegna entro 45' dal prelievo**) e necessita di essere tappato.
- Acido lattico e glucosio:** quando possibile, soprattutto se si prevede un certo lasso di tempo significativamente lungo tra il prelievo e la consegna/esecuzione del test, in assenza di possibilità di



centrifugazione, allo scopo di bloccare la glicolisi, **dovrebbero essere utilizzate provette contenenti antiglicolitici (fluoruro tappo grigio)**. La provetta va miscelata per inversione.  
e. **Omocisteina**: conservare in ghiaccio e **consegnare entro 1 ora**.

### **5.3 Prelievo/raccolta, conservazione e trasporto materiale microbiologico**

Le indagini microbiologiche in ambito clinico sono finalizzate a caratterizzare i microrganismi responsabili di processi infettivi. Il rigoroso rispetto delle corrette modalità di prelievo, conservazione ed invio dei campioni è condizione preliminare e indispensabile per una accurata diagnostica microbiologica.

L'inosservanza di tali modalità può comportare :

- il rischio di non consentire il riconoscimento degli agenti patogeni;
- la possibilità di indurre la errata segnalazione quali patogeni di microrganismi contaminanti.

#### **Criteri generali**

1. La conservazione e il trasporto del campione devono avvenire con tempi e modalità tali da non alterarne le caratteristiche microbiologiche.
2. I campioni potranno essere accettati soltanto se :
  - correttamente raccolti secondo le seguenti procedure negli appositi contenitori evitando ogni dispersione di materiale all'esterno degli stessi. I campioni che presentassero tracce di materiale all'esterno del contenitore non potranno essere accettati.
  - identificati con i dati anagrafici del paziente riportati sulla parete del contenitore o mediante una etichetta prestampata.
  - inviati negli orari di accettazione previsti.

### **5.4 Modalità operative nell'ipotesi di fuoriuscita di liquidi**

- Indossare i guanti monouso.
- Cospargere sul liquido biologico fuoriuscito il prodotto decontaminante gelificante, (prodotto o sostanza che conferisce lo stato o l'aspetto di gel), in quantitativo eguale al materiale biologico da decontaminare ed attendere 10 minuti, ( tempo di gelificazione).
- Rimuovere con il prodotto assorbente il materiale biologico decontaminato ed introdurlo nel contenitore per rifiuti speciali.
- Procedere a successiva pulizia dell'area imbrattata con un detergente, riponendo il materiale sporco nel contenitore per rifiuti speciali. - Procedere alla disinfezione.
- Asciugare l'area interessata riponendo il materiale sporco nel contenitore per rifiuti speciali.

### **5.5 Tracciabilità del flusso**

#### **a. Confezionamento del materiale da parte del personale ASL del punto di raccolta**

secondo le modalità predefinite nel punto **5.2 - Norme per il trasporto** , l'operatore compila e firma in maniera leggibile e per esteso la lista stampata da CUP e lo inserisce entro il pacco preconfezionato annotando l'ora di partenza con firma anche dell'operatore responsabile della presa in carico, tale operazione sarà svolta anche relativamente ai percorsi intermedi e alla fine del percorso sarà annotata l'ora di arrivo in Laboratorio.

#### **b. Il Personale della ditta:**

- ritira il plico come confezionato;
- consegna il plico prelevato presso la sede periferica al personale ricevente del Laboratorio Analisi;
- a fine settimana consegna il modulo di registrazione MR PGRMQA01/01 compilato e siglato al personale del laboratorio.

#### **c. Personale ASL ricevente del Laboratorio Analisi:**

- Controlla la regolarità della consegna e in mancanza di criticità archivia e conserva il lista stampata da CUP.
- Acquisisce il modulo di registrazione della settimana e ne cura l'archiviazione.



### **5.6 Modalità per il trasporto di campioni fra laboratorio analisi e servizio trasfusionale**

Il SIMT, nei giorni e agli orari concordati con il laboratorio, invia il proprio personale per il ritiro dei campioni di sangue per l'esecuzione dei test immunoematologici. Prima del ritiro l'operatore del SIMT controllerà la corrispondenza campioni-piano di lavoro. L'operatore del SIMT che ritira e l'operatore del laboratorio che consegna firmeranno il piano di lavoro (in duplice copia). Una copia del piano di lavoro sarà conservata dal laboratorio e l'altra dal SIMT.

### **5.7 Sezione controlli qualità**

Deve essere prevista una verifica settimanale, del sistema refrigerante sulle auto, da parte del personale del Laboratorio, con registrazione su un report che terrà conto dei relativi tempi di percorrenza di cui il laboratorio informerà periodicamente (ogni sei mesi) il Risk Management, a meno di evidenti ed intercorrenti criticità che verranno tempestivamente segnalate.

Sulle modalità di trasporto a garanzia della qualità saranno previsti n. 3 controlli/anno da parte del Servizio ISP, secondo le modalità in uso al Servizio ISP del Dipartimento di Prevenzione.

### **5.8 Segnalazione**

Tutti gli attori sono tenuti alla segnalazione di qualsiasi criticità per quanto di competenza al Risk Management che avrà cura di riconvocare il Gruppo per la revisione/modifica della procedura.

### **5.9 Lusso informativo fra SPP e ABS**

Relativamente a qualsiasi modifica tecnica correlata alla sicurezza del materiale di utilizzo per il trasporto campioni. Si rimanda alla procedura aziendale che regola tale flusso informativo.

### **5.10 Informazione operatori potenzialmente esposti**

Sarà cura della figura del Coordinatore garantire una adeguata informazione sul rischio specifico da registrare su apposita modulistica (MRPGRMQA09/2), oltre che sulla corretta applicazione della presente procedura.





## 1. Scopo

Scopo della presente istruzione di lavoro è quello di definire le corrette modalità operative per assicurare agli ospiti delle strutture residenziali una corretta idratazione.

Nello specifico gli obiettivi della presente istruzione lavoro sono i seguenti:

- evidenziare le condizioni ed i fattori associati ad un aumentato rischio di disidratazione e quindi gli anziani a più elevato rischio;
- identificare gli interventi di prevenzione della disidratazione.

## 2. Responsabilità

Le responsabilità operative della presente Istruzione Lavoro sono a carico del Coordinatore e del personale socio-assistenziale ed infermieristico.

## 3. Fattori di rischio di disidratazione

L'A.M.D.A. distingue i fattori che possono aumentare il rischio di disidratazione in condizioni cliniche e fattori ambientali.

- **Le condizioni cliniche** comprendono la demenza o il declino cognitivo, la febbre, la diarrea e il vomito, la sudorazione eccessiva, la dipendenza dagli operatori per l'alimentazione e l'idratazione, la disfagia, l'assunzione di farmaci quali diuretici e lassativi, le ulcere da pressione, l'iperventilazione, il sanguinamento gastrointestinale, la diuresi eccessiva, la prescrizione di una restrizione di liquidi, le infezioni, la presenza di pluripatologie croniche (es. ictus cerebrale, diabete, scompenso cardiaco congestizio), precedenti episodi di disidratazione, la depressione.
- **I fattori ambientali** comprendono l'isolamento, la mancanza di supporto familiare o sociale, problemi di comunicazione, l'allettamento, la contenzione fisica, l'inadeguatezza degli operatori, fattori che possono esporre i pazienti ad un caldo eccessivo (es. il malfunzionamento dell'aria condizionata).

Il Joanna Briggs Institute indica in particolare come ad alto rischio di disidratazione le persone anziane totalmente dipendenti e raccomanda di monitorare l'introito di liquidi anche nelle persone parzialmente dipendenti che sembrano essere in grado di idratarsi autonomamente ma in realtà non lo sono. Gli Ospiti incontinenti, poi, sono a maggior rischio di ridotta introduzione di liquidi rispetto agli Ospiti continenti perché i primi decidono di limitare l'assunzione di liquidi per ridurre gli episodi di incontinenza. Inoltre, le persone anziane residenti in struttura assumono quantità di liquidi inferiori rispetto alle persone anziane che vivono a domicilio e una parte significativa dei liquidi introdotti giornalmente viene assunta durante la somministrazione della terapia farmacologica.

Vengono quindi evidenziate altre condizioni di rischio comprese anche nelle linee guida dell'A.M.D.A. (American Medical Directors Association): disfagia, vomito e diarrea, infezioni, pluripatologie croniche, depressione.

## 4 Modalità operative

### 4.1 Accertamento

E' relativo alla quantità di liquidi assunti e allo stato di idratazione della persona.

L'accertamento relativamente alla quantità di liquidi assunti può essere effettuato utilizzando un'apposita scheda in cui registrare le quantità assunte nelle 24 ore e confrontando poi tale quantità con l'introito giornaliero raccomandato (RDI). A tal proposito il Joanna Briggs Institute raccomanda di garantire non meno di 1600ml/24 ore al fine di assicurare un'idratazione adeguata per la persona anziana.

L'accertamento dello stato di idratazione della persona anziana può risultare difficile in quanto i classici segni di disidratazione possono essere assenti.

Secondo l'A.M.D.A. segni e sintomi associati alla disidratazione possono essere rappresentati da una recente e repentina perdita di peso, febbre, vomito, ipotensione posturale, polso superiore a 100 battiti al



minuto e/o pressione arteriosa sistolica inferiore a 100 mmHg, cambiamenti nello stato mentale, secchezza di occhi e/o bocca, infezioni delle vie urinarie, cadute, confusione.

Indicatori caratteristici della gravità della disidratazione nell'anziano sono la secchezza e la presenza di scanalature longitudinali della lingua, la secchezza delle mucose, la debolezza dei muscoli della parte superiore del corpo, la confusione, la difficoltà nel parlare e gli occhi incavati.

Il peso specifico delle urine è un metodo semplice ed accurato per determinare lo stato di idratazione del paziente.

#### **4.2 Piano di idratazione**

L'A.M.D.A. raccomanda di sviluppare ed implementare un piano di intervento interdisciplinare da parte degli infermieri, degli operatori di supporto, dei medici e della dietista.

Tali operatori devono discutere quanto emerso (nelle riunioni di équipe organizzate dal Coordinatore) durante l'accertamento e quindi sviluppare un piano finalizzato a ridurre i fattori di rischio e a mantenere un adeguato stato di idratazione.

Interventi per aumentare l'assunzione di liquidi nelle persone anziane sono rappresentati dai seguenti:

- effettuare la distribuzione di liquidi con regolarità;
- sollecitare verbalmente le persone otto volte durante il giorno (fra i pasti) e rispettare le preferenze; la sola sollecitazione verbale è efficace nell'aumentare l'assunzione di liquidi negli anziani con maggiore declino cognitivo, mentre il rispetto delle preferenze è necessario per aumentare l'introito nelle persone con minor declino cognitivo;
- presentare liquidi agli anziani allettati ogni 1,5 ore durante il giorno.
- Per la notte: sistemare sui comodini bottigliette d'acqua, facilmente raggiungibili, controllandone il consumo e sostituendole se non consumate, e una volta aperte, almeno ogni settimana;
- considerato che il momento della somministrazione dei farmaci può essere un'importante "fonte" di liquidi, l'assunzione di liquidi da parte dei pazienti dovrebbe essere incoraggiata durante la terapia farmacologica;
- In caso di difficoltà all'uso del bicchiere utilizzare cannuce, cucchiari, biberon
- In caso di difficoltà ad assumere liquidi (previa autorizzazione medico curante e nelle quantità da questi indicate) somministrare acqua in forma gelificata con o senza zucchero
- In caso di reiterata difficoltà ed in assenza di risultati concreti valutare con m.c. l'opportunità di una idratazione ipodermica (considerare la possibilità di ricorrere all'ipodermoclisi - infusione sottocutanea - se la somministrazione endovenosa non è possibile.
- E' inoltre importante monitorare lo stato di idratazione delle persone anziane registrando i liquidi assunti nelle 24 ore e le uscite e riportando segni e sintomi caratteristici di disidratazione negli anziani.
- Infine, nelle situazioni più critiche, sottoporre l'anziano a monitoraggio clinico mediante prelievo venoso ed esami specifici.

Nei casi di ospiti non autosufficienti e ad elevato rischio di disidratazione questo viene inserito nel programma di idratazione e idratato con acqua o acquagel almeno 8 volte al giorno. Se necessario il medico valuta anche l'inserimento di un'integrazione di liquidi per via endovenosa.



## 1. Premessa

L'argomento della contenzione fisica delle persone assistite è oggi molto dibattuto tra il personale sanitario, soprattutto in ambito geriatrico e psichiatrico e, quindi, all'interno di strutture quali le residenze sanitarie assistenziali, le case di riposo, i reparti psichiatrici, ecc.

L'utilizzo di mezzi contenitivi, tuttavia, non è limitato a questi soli ambiti: spesso, infatti, viene rilevato il ricorso alla contenzione anche in "setting" per acuti, vale a dire in unità operative ospedaliere di medicina e chirurgia, servizi di Pronto Soccorso, ecc.

Come principio generale, sottolineiamo che la contenzione è un atto sanitario che ai sensi degli art. 2, 13 e 32 della Costituzione deve rivestire sempre carattere eccezionale e rispondere al principio di proporzione.

Sotto il profilo penalistico, due sono le scriminanti che permettono di evitare che il fatto commissivo, di per sé illecito, non sia immediatamente sanzionabile: lo *stato di necessità* (art.54 del Codice Penale) e *l'adempimento di un dovere* (art.51 del Codice Penale), nei limiti delle loro specifiche previsioni.

Giustificata ai sensi o dell'art. 54 del Codice Penale (*stato di necessità*) o del principio dell' *id quod plerunque accidit* (che permette di affermare la sussistenza di un consenso presunto in quanto presumibile), la contenzione non necessita di consenso scritto da parte dell'assistito, fermo restando il principio del dovere di informare l'avente diritto della necessità di contenzione, ai sensi dei principi di dignità e libertà della persona costituzionalmente tutelati.

Non avendo valenza di atto necessariamente medico, la contenzione non necessita di prescrizione ma di sola trascrizione nella cartella clinica.

## 2. Scopo

Scopo della presente procedura è quello di dotarsi di una guida condivisa che consenta una gestione di migliore qualità dell'assistenza ai pazienti per i quali si sia valutato appropriato il ricorso, anche temporaneo, alla contenzione fisica.

Si è ritenuto pertanto opportuno elaborare un documento formale che definisca con chiarezza i criteri per:

- analizzare i casi clinici in cui si considera opportuna ed appropriato la pratica della contenzione;
- scegliere il mezzo di contenzione più adeguato, privilegiando quando è possibile il ricorso a misure alternative;
- garantire un'omogeneità di comportamento nell'applicazione e nel monitoraggio della contenzione.

## 3. Destinatari

- Persone con alterazione dello stato di coscienza
- Persone con alterazioni dell'apparato locomotore
- Persone con disturbi comportamentali

## 4. Personale coinvolto

Il presente strumento si applica al personale Medico, Infermieristico ed OSS della Azienda USL 8 di Arezzo che opera in strutture assistenziali aziendali.

## 5. Definizioni

Contenzione: per "contenzione" si intende ogni metodo, naturale o fisico, nonché ogni dispositivo meccanico applicato o adiacente al soma che non possa essere rimosso e che limiti la libertà di movimento o il volontario accesso a parti del proprio corpo (Financial Administration, 1992).

Mezzi di contenzione: sono quegli strumenti o dispositivi applicati al corpo, a parte di esso o nell'ambiente circostante l'individuo, atti a limitare la libertà dei movimenti volontari dell'intero corpo o di un suo segmento ("I percorsi della contenzione, dal caos al metodo", S.Lucia di Piave, Vega Editore, 1997).



**Contenzione fisica:** per “contenzione fisica” si intende qualsiasi procedura attraverso la quale vengono bloccati fisicamente i movimenti del paziente.

**Contenzione meccanica:** si parla di “contenzione meccanica” quando vengono utilizzati mezzi o ausili omologati per limitare i movimenti di un paziente.

**Isolamento:** termine limitato all’ambito psichiatrico, indica il contenimento fisico e obbligato del paziente in uno spazio fisico confinato.

**Contenzione farmacologia:** si tratta della sedazione farmacologia il cui insuccesso è spesso all’origine della decisione di contenere meccanicamente il paziente.

**Fryback:** criterio utilizzato per discriminare ciò che è contenzione da ciò che non lo è; risponde alle domande:

- a) Il dispositivo limita il movimento individuale?
- b) L’individuo ha difficoltà a rimuovere il dispositivo?

Se entrambe le risposte sono positive, siamo di fronte a un mezzo di contenzione.

## 6. Classificazione dei mezzi di contenzione fisica

- Sponde per letto: possono essere a scatto e già applicate al letto di degenza o essere asportabili da parte del personale. Non vanno mai utilizzate se esiste la possibilità, da parte del paziente, di scavalcarle. In determinate situazioni le sponde proteggono il paziente e lo aiutano a muoversi all’interno del letto.
- Bracciali di immobilizzazione: sono solitamente in gomma-schioma o in poliuretano e rivestiti in materiali morbidi e traspiranti. Possono essere regolati tramite chiusure in velcro e cinghie di fissaggio con fibbie.
- Fascia per carrozzina: costituita da un cuscinetto imbottito, morbido, comunemente rivestito di materiale traspirante; è dotato di cinghie d’ancoraggio che ne permettono il fissaggio alla poltrona o alla carrozzina. Per questioni di sicurezza è da evitarne l’uso sulle normali sedie che, data la loro leggerezza, non impediscono alla persona di alzarsi e trascinare con sé la sedia.
- Fascia pelvica: costituita da una mutandina in cotone o in materiale sintetico con cinghie di ancoraggio e fibbie di chiusura per applicazione a sedie o carrozzine. La fascia previene anche la postura scorretta, evitando lo scivolamento in avanti del bacino.
- Tavolino per carrozzina: di facile applicazione e fissaggio tramite rotaia scorrevole e viti poste sotto i braccioli della carrozzina. Impedisce di sporgersi in avanti e permette l’utilizzo del piano d’appoggio per eventuale attività.

## 7. Interventi alternativi

Nel paziente sottoposto a contenzione dovrà essere tenuto in considerazione il possibile ricorrere di:

- effetti psicologici (senso di impotenza, umiliazione, aumento dell’insicurezza, aumento dello stato di agitazione, rabbia, paura e sconforto);
- danni fisici diretti, provocati dalla pressione esterna del dispositivo contenitivo (lesioni nervose, ischemiche, asfissia);
- danni fisici indiretti, dovuti all’immobilità forzata prolungata (incontinenza funzionale e danni da immobilizzazione, diminuzione della cognitivtà e dei contatti sociali).

Ove possibile saranno pertanto da privilegiare l’implementazione di interventi alternativi, organizzativi e professionali:

- fare in modo che il paziente, per quanto possibile, non rimanga solo, permettendo la presenza del familiare, o dei volontari, e permettendo la presenza di una compagnia anche nelle ore notturne;



- prediligere l'alimentazione per il rispetto ad altre modalità e rimuovere catetere e drenaggi, per quanto compatibile con le condizioni del paziente;
- coinvolgere il paziente nella conversazione;
- utilizzare le modalità di ascolto attivo;
- ricorrere a diversivi come radio, Tv, attività ricreative;
- collocare, per quanto possibile, il paziente vicino al locale degli infermieri;
- garantire un ambiente tranquillo;
- avvicinare il campanello;
- rispondere subito al campanello;
- utilizzare presidi speciali come letti elettrici.

E' importante la presenza di un esperto, in equipe, fra gli operatori, ed è fondamentale la formazione del personale.

## 8. Modalità Operative

### Valutazione del paziente da sottoporre a contenzione

AZIONI	RISORSE
Identificare le persone che potrebbero necessitare di contenzione;	Medico infermiere
Valutare lo stato di coscienza della persona che deve essere sottoposta a terapia;	Medico infermiere
Valutare il grado di collaborazione del paziente tramite colloquio;	Medico infermiere
Valutare in equipe la reale necessità dell'utilizzo del mezzo di contenzione.	Equipe multidisciplinare

### DESTINATARI

- Pazienti affetti da:
- malattie a carico del S.N.C. (demenze, tumori cerebrali, traumi cranio-encefalici, ictus, morbo di Parkinson);
- stati confusionali;
- sindromi dismetaboliche acute e tossico-carenziali;
- concreta ipotesi della possibilità di manifestazioni di autolesionismo.



**Modalità di corretta applicazione della contenzione**

**AZIONI**

Team medico – infermieristico	Informare il paziente ed i suoi familiari spiegando l'importanza e la necessità della contenzione e rassicurare il paziente (tranquillizzarlo, stargli vicino), informandolo che la contenzione verrà comunque rimossa appena possibile.
Medico e infermiere	Indicare nella cartella clinica l'applicazione del mezzo di contenzione Scegliere il mezzo di contenzione adeguato
Infermiere	Posizionare il mezzo di contenzione
OSS	Controllare ogni trenta minuti il corretto posizionamento del mezzo di contenzione  Evitare di applicare la contenzione per più di 12 ore consecutive salvo situazioni eccezionali  Valutare ogni 3-4 ore l'eventuale insorgenza di effetti dannosi direttamente attribuibili alla contenzione.
Medico e infermiere	Vietare l'uso dei mezzi prodotti artigianalmente, perché possono essere inadeguati.  Ricorrere ad interventi preventivi per la trombosi venosa profonda se l'utilizzo della contenzione si dovesse protrarre oltre le 24 ore.



## 1. Scopo

Lo scopo di questa procedura è definire le responsabilità e le modalità di gestione delle emergenze/urgenze cliniche che si possono verificare.

In particolare si vuole garantire:

- appropriatezza nell'attivazione del servizio
- appropriatezza di intervento.
- efficacia ed efficienza degli interventi.
- uniformità di comportamenti di tutti gli operatori all'interno dei servizi

## 2. Applicabilità

La procedura è applicata dal personale presente ai casi di emergenza clinica che si presentino, durante lo svolgimento delle attività

## 3. Modalità operative

*Il personale sanitario:*

**presta** il primo soccorso

**valuta** le condizioni della persona

- se il percorso può essere concluso senza ulteriori accertamenti e il soggetto indirizzato al Medico di Medicina Generale
- se ci sono le condizioni per l'intervento medico/rianimatorio chiama il personale del 118:

**chiama eventualmente** (direttamente o indirettamente) il 118

- da telefono pubblico o cellulare: numero 118
- da telefono interno abilitato verso l'esterno: numero 118

**allerta** i colleghi per ottenere un valido aiuto per eseguire le manovre BLS o PBLs

**esegue la sequenza BLS o PBLs**

**predispone** il materiale necessario all'assistenza

**collabora** con il Medico del 118 nelle manovre necessarie

## 4. Disponibilità, verifica e modalità di allestimento del materiale necessario alle urgenze

### Principi generali

- a. Il carrello delle emergenze deve essere mantenuto sempre operativo con le strumentazioni efficienti, presidi e medicinali validi e ben conservati; il materiale per l'emergenza pediatrica deve essere ben distinto da quello per l'emergenza adulti
- b. sul carrello è apposta in modo ben visibile una tabella con il numero di confezioni di farmaci e presidi disponibili e la loro data di scadenza .
- c. con periodicità mensile sono previsti controlli di verifica sulla tenuta delle dotazioni previste, da registrarsi su apposita griglia di rilevazione
- d. tutto il personale deve essere a conoscenza del luogo di conservazione del materiale e dei farmaci .

### A- DEFIBRILLATORE

Vengono eseguiti controlli giornalieri e mensili previsti nel manuale operatore le attività richieste dal DEU impartite durante la formazione del personale utente, attraverso i corsi Aziendali, o dalle comunicazioni interne tra il dipartimento e i reparti.

### MANUTENZIONE DEL DEFIBRILLATORE

controllo personale del defibrillatore da parte dell'operatore;



controllo della presenza delle piastre;  
utilizzo del check – control quotidianamente;  
controllo di manutenzione raccomandato dal produttore;  
controllo annuale a cura dell'ufficio gestione tecnica.

### **DOCUMENTAZIONE NECESSARIA**

Ogni ambulatorio deve essere in possesso di :

- libretto d'uso e manutenzione, che e "parte integrante" dell'apparecchiatura stessa, in lingua italiana;
- lettera attestante l'effettuazione del collaudo con il "benestare all'uso" dell'unita gestione tecnica;
- documentazione relativa alle manutenzioni previste.

### **MALFUNZIONAMENTO E FUORI USO**

in caso di disfunzione e mal funzionamento il defibrillatore deve essere allontanato dal carrello per l'emergenza e si provvede a segnalare l'anomalia al 118 territoriale di competenza e alla ditta responsabile delle attività di manutenzione del parco macchine aziendale, secondo le procedure aziendali e la modulistica prevista (modulo di richiesta di intervento).

- Il 118 territoriale di competenza provvederà alla fornitura di una nuova apparecchiatura. La ditta provvederà al ritiro del bene dalla struttura/reparto e lo consegnerà alle Tecnologie Sanitarie.
- Nel caso in cui l'anomalia risultasse "tecnicamente non risolvibile", le Tecnologie Sanitarie comunicheranno l'esito della verifica al coordinatore Infermieristico del 118, la quale avvierà la procedura di fuori uso.
- la messa in fuori uso dell' apparecchiatura DAE avverrà per richiesta diretta delle Tecnologie Sanitarie (o per richiesta del personale DEU), Tale processo dovrà avvenire nel rispetto delle procedure aziendali con la modulistica prevista
- nel caso in cui la richiesta di fuori uso venga formulata dalle Tecnologie Sanitarie (per irreparabilità o non rispetto normativo), la stessa provvederà ad inoltrare la comunicazione al Coordinatore Infermieristico del 118 Aziendale e al responsabile del Reparto utilizzatore.
- il Coordinatore Infermieristico del 118, provvederà alla compilazione della modulistica prevista per il fuori uso e all'inoltro della stessa alle Tecnologie Sanitarie.
- una volta ricevuto il parere favorevole al fuori uso, il Coordinatore Infermieristico del 118 Aziendale, provvederà al ritiro del bene e alla consegna alla struttura/reparto, se del caso, di una nuova apparecchiatura.
- le Tecnologie Sanitarie provvederanno, su richiesta formale del DEU, ad avviare le procedure di acquisto del bene in sostituzione di quello dismesso.
- in caso di riparazione la ditta produttrice, a riparazione avvenuta, dovrà fornire
- certificazione d'uso che dovrà essere conservata.

Particolare attenzione dovrà essere volta alla scadenza delle batterie e delle piastre. Gli utenti, a tale scopo, dovranno richiedere al 118 territoriale di competenza

- la sostituzione delle piastre, quando la scadenza e prossima a 4 mesi dalla data riportata sulle confezioni delle piastre;
- la sostituzione delle batterie, quando l'indicatore luminoso segnala una sola tacca.

Il responsabile della struttura/reparto segnala la richiesta direttamente al 118 territoriale di competenza

Ogni anomalia dovrà essere tempestivamente segnalata al Coordinatore Infermieristico del 118 e alle Tecnologie Sanitarie.





## **B- FARMACI E PRESIDI**

La conservazione dei farmaci deve avvenire in modo appropriato.

Le principali accortezze riconosciute sono:

- i farmaci devono essere conservati nella loro confezione originale, in luogo asciutto, a Temperatura ambiente (in ogni caso inferiore a 30° a meno che non sia esplicitamente raccomandato sulla confezione altra modalità di conservazione), lontano da fonti di calore e non esposti a luce diretta.
- l'adrenalina deve essere conservata in frigorifero ed al riparo dalla luce.
- i presidi devono essere conservati in ambiente asciutto e al riparo da fonti luminose; le confezioni devono essere integre e devono apparire ben visibili il numero del lotto e la data di scadenza.

## **C- CONTROLLI DI OPERATIVITA' DEL CARRELLO DI EMERGENZA**

La responsabilità dei controlli della funzionalità del carrello d'emergenza e del suo contenuto in farmaci, presidi e dotazioni elettromedicali e da attribuirsi all'infermiere.

I controlli devono essere eseguiti utilizzando:

- check list relativa alla presenza/assenza e scadenza dei presidi e farmaci previsti
- verifica di operatività delle apparecchiature elettromedicali presenti (defibrillatore)

## **PERIODICITÀ**

- Dopo ogni utilizzo
- Giornaliero
- Mensile
- Annuale

## **DOPO OGNI UTILIZZO**

- Controllo della check list di operatività sulle dotazioni di farmaci, presidi ed elettromedicali
- Reintegro delle scorte previste per ciascuna voce; il reintegro dei dispositivi deve avvenire
- subito dopo l'utilizzo ed ogni qualvolta alla verifica si evidenzia materiale di prossima
- scadenza e/o a confezione non integra.
- Verifica del livello di pressione della bombola di O<sub>2</sub> e valutazione della sua sostituzione (sostituire se la pressione di esercizio è inferiore a 50 atm.);
- Firma di verifica sull'apposito modulo

## **GIORNALIERO**

- Verifica della presenza della spia verde sul defibrillatore; segnalare la non operatività al Coordinatore se invece è presente una spia rossa.
- Verifica della pressione della bombola di O<sub>2</sub>; richiedere la sostituzione se la pressione è inferiore alle 50 atm.
- Firma di verifica sull'apposito modulo

## **MENSILE**

- Verifica delle scadenze delle singole voci delle check list
- Firma di verifica sull'apposito modulo

## **ANNUALE**

Controllo delle scadenze delle verifiche di manutenzione delle apparecchiature elettromedicali (defibrillatore). Le attività annuali descritte nell'allegato A (Annual Maintenance) saranno svolte dalla ditta responsabile delle attività di manutenzione del parco macchine aziendale. La ditta rilascerà rapporto di lavoro da conservare in reparto.

## **5. Formazione degli operatori**

La formazione del personale utente, sarà effettuata a cura del 118 Come da piattaforma formativa elaborata dal Responsabile dell'emergenza. La **SSG** garantisce una possibilità formativa a tutti i dipendenti,



organizzando corsi per la gestione dell'emergenze quali BLS, PBLSD, ecc. I corsi sono rivolti a tutti gli operatori sanitari.

Tutti i responsabili di struttura ed i coordinatori infermieristici sono tenuti a sensibilizzare medici, infermieri e OSS alla partecipazione a tali corsi, per garantire un'efficace rete di assistenza in caso di emergenza territoriale.



## 1. Scopo

La presente procedura descrive corretto procedimento dal momento del decesso al momento della presa in carico della salma da parte dell'Impresa Funebre. Inoltre definisce processo stesso, tramite individualizzazione dei ruoli e delle responsabilità degli operatori stessi. La procedura descritta coinvolge diversi operatori e viene prodotta elencando gli interventi da eseguire, dando sicurezza agli esecutori; elencando gli interventi inoltre si garantisce la corretta applicazione dei procedimenti.

La procedura viene applicata ogni volta che si verifica l'evento di decesso presso la struttura.

L'ospite può essere dichiarato deceduto solo dal medico; gli unici casi in cui può essere dichiarato da un non medico sono: decapitazione, smembramento, carbonizzazione, putrefazione.

In caso di morte per arresto cardio-circolatorio o arresto respiratorio (assenza di battito cardiaco e di respiro) di un ospite, si procede come illustrato nella sottoscritta procedura:

Attività	Operatore	Tempi
<b>1^fase</b> L'infermiere avvisa il medico curante (se presente in struttura) o il medico di continuità assistenziale se il decesso avviene durante il fine settimana o di notte	I	1-3 minuti
<b>2^fase</b> L'infermiere di turno avvisa i familiari (anche se il decesso avviene nelle ore notturne) e se possibile, chiede se desiderano procedere con la cremazione della salma. Successivamente posiziona il paravento (in camera doppia) e rimuove dispositivi sanitari presenti: agocanule, SNG, PEG, CV ed ect... Sarà suo compito consegnare in ufficio cortesia il modulo di <u>Constatazione di decesso</u> compilato dal medico di continuità assistenziale od e segnala in matita se il deceduto era portatore di PM . L'infermiere attiva campanello di presenza nella tastiera di chiamata in ambulatorio infermieristico	I	10-15 minuti
<b>3^fase</b> La constatazione di decesso è di competenza del medico, il quale, dopo aver verificato l'assenza dei parametri vitali, conferma il decesso e compila il modulo predisposto. Se il medico della struttura è assente, lo si avvisa comunque secondo gli orari di reperibilità. Se decesso avviene durante il fine settimana o di notte si avvisa il medico di continuità assistenziale che dovrà arrivare appena possibile dal momento della chiamata per la constatazione del decesso. Il medico compila il modulo di <u>Constatazione di decesso</u> , il quale viene portato in ufficio cortesia dall'infermiere presente in turno. Appena possibile (entro 24 ore), il medico ha obbligo di compilare il foglio ISTAT, il quale tempestivamente viene consegnato all'ufficio cortesia.	M	30-60 minuti
<b>4^fase</b> Dopo la constatazione di morte da parte del medico e gli accertamenti infermieristici, consentire ai familiari di visitare la		



<p>salma. Dopo la spiegazione ai familiari delle fasi successive, farli accomodare in un luogo riservato. Successivamente gli OSS possono procedere alla ricomposizione della salma, facendo una spugnatura completa compresi i capelli. Dopo averla asciugata si provvederà alla chiusura degli orifizi e al posizionamento del pannolone. In caso di eventuale presenza delle lesioni da decubito, per precauzione, si procede con una copertura utilizzando un cerotto medicato. Farle indossare solo canottiera o maglia intima. Dal momento del decesso la salma deve rimanere in reparto 2 ore (tempo d'osservazione). Chiedere ai familiari se desiderano accompagnare la salma fino al locale di osservazione ed in seguito si può trasferirla con l'apposita barella ubicata nel locale d'osservazione al piano seminterrato (facendo attenzione che lungo il percorso non siano presenti ospiti o altri familiari). <u>La salma deve rimanere coperta solo con un lenzuolo e al dito si allega la cordicella dell'allarme.</u> L'impresa d'onoranze Funebri la prenderà in carico, per i successivi adempimenti (vestizione e collocazione in bara), esclusivamente presso la camera mortuaria. Gli abiti scelti dai familiari saranno portati al piano seminterrato dal personale assistenziale. Un operatore di reparto interessato o un'altra figura professionale prenderà la chiave in ufficio cortesia e accompagnerà il familiare nel locale d'osservazione negli orari di visite vigenti in struttura.</p>	<p><b>O</b></p>	<p>1-2 ore</p>
<p><b>5^fase</b> Appena ricevuta tutta la documentazione, l'ufficio cortesia provvede ad avvisare il Comune e il medico necroscopo. Dopo 8 ore dal decesso, il personale dell'ufficio cortesia deve telefonare al medico necroscopo del Distretto (se il decesso avviene tra il lunedì e il venerdì) . Se il decesso avviene il venerdì pomeriggio si chiamerà l'Ufficio Igiene</p> <p>Il medico necroscopo vorrà sapere:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- nominativo dell'ospite</li><li>- data e ora del decesso</li><li>- eventuale cremazione</li><li>- comune dove avverrà la sepoltura</li></ul> <p>Se l'ospite non ha un documento d'identità valido, il medico necroscopo avrà bisogno di due persone, in possesso di documenti validi, come testimoni dell'identità dell'ospite.</p> <p>Il medico necroscopo DEVE uscire entro 36 ore dal decesso.</p>	<p><b>MN</b></p>	<p>8-36 ore</p>





<b>7^fase</b> La coordinatrice sanitaria provvede alla chiusura del foglio terapia nelle Schede Terapia e alla sospensione delle richieste farmaci o eventuali Richieste Motivate per i farmaci utilizzati dal deceduto. In un secondo momento viene archiviata tutta la documentazione dell'ospite: Cartella Clinica, fogli terapia cartacei, il fascicolo personale, le consegne infermieristiche ed eventuali radiografie.	<b>CS</b>	1-2 giorni
<b>8^fase</b> Nei giorni successivi al decesso, il personale addetto all'assistenza sistemerà e pulirà l'ex unità di degenza dell'ospite, metterà gli indumenti e gli effetti personali in appositi contenitori che verranno poi ritirati dai familiari.	<b>O</b>	1-2 giorni



## 1. Scopo

Il Servizio Sanitario Assistenziale **dell' SSG** ha come obiettivo principale quello di favorire lo stato di benessere fisico e psichico delle persone ospitate presso la struttura.

Le caratteristiche del servizio possono essere così riassunte:

- Valutazione delle condizioni di salute psico-fisica dell'anziano, sia all'ingresso, sia con periodica e programmata cadenza e registrazione sul fascicolo sanitario e sociale. Il team sanitario della Struttura, predispone per ogni Ospite, **10 (dieci)** giorni prima del suo ingresso, il PAI individuale riportate le problematiche, i bisogni socio-assistenziali e le esigenze personali
- Ricorso a consulenze medico-specialistiche, sia programmate sia in casi di particolari necessità diagnostiche all'interno della Casa
- Ricorso ad indagini diagnostiche strumentali eseguite all'interno della Casa quali: ecografia internistica, urologica e ginecologica, elettrocardiografia, spirometria, doppler vascolare, audiometria, impedenzometria
- Rieducazione motoria e funzionale: terapie fisiche con radar, ultrasuoni, ionoforesi;
- Attuazione di piani di assistenza personalizzati.

L'équipe socio-sanitaria si riunisce periodicamente per verificare i risultati e rivalutare gli obiettivi (**PAI**). Verifica costante delle condizioni igieniche, ambientali e personali, dell'alimentazione più appropriata per i singoli, comprese diete specifiche se necessarie.

Il Paziente viene stimolato a mantenere le sue abitudini e, per quanto possibile, a curare il suo abbigliamento e la propria persona con fornitura di servizi integrativi ad hoc di coiffeur e manicure. Il supporto del reparto amministrativo è teso anche al disbrigo particolari di pratiche quali, ad esempio, la fornitura di pannoloni.

La stesura di un piano di assistenza individualizzato, dimostrabile attraverso la compilazione di un documento cartaceo, implica, quindi, un processo di attenzione che comincia ogni volta venga inserito un nuovo ospite e presuppone una modalità interdisciplinare di lavoro fra gli operatori.

Il PAI è uno strumento di sintesi, non di esercizio: è la rappresentazione del progetto globale sulla persona, elaborata dall'équipe multidisciplinare, che deriva da:

- aspetti clinico-sanitari
- valutazione dei bisogni assistenziali
- valutazione dei bisogni di riattivazione
- valutazione dei bisogni personali, di relazione e socializzazione



## 1. Premessa

L'orientamento del Sistema Sanitario Nazionale è di offrire assistenza di alta qualità ed in condizioni di massima sicurezza su tutto il territorio nazionale (PSN 2006-2008; PSN 2011-2013 Patto per la Salute 2014-2016).

La sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico sono punti critici per tutti i sistemi sanitari; infatti la complessità delle organizzazioni sanitarie, l'elevato livello tecnologico e l'alto numero di prestazioni erogate costituiscono fattori intrinseci del sistema che possono favorire il verificarsi di eventi avversi.

Risulta evidente che la possibilità del verificarsi di un evento avverso, anche di particolare gravità, non è del tutto eliminabile, tuttavia devono essere attuate tutte le misure per prevenirli e/o ridurli.

Le cadute costituiscono un problema di significativa importanza nell'ambito del ricovero in ospedale dei pazienti, e da diversi anni sono oggetto di interesse e di studio da parte delle società scientifiche e delle istituzioni sanitarie internazionali.

Il *Centers for Diseases Control and Prevention 1*, nel settembre 2013 ha dichiarato che:

- tra le persone di età superiore a 65 anni, le cadute sono la causa principale di lesioni mortali e di lesioni non mortali irreversibili;
- tra le persone che cadono, circa un terzo subisce lesioni da moderate a gravi; queste lesioni possono dare difficoltà di deambulazione o di vita indipendente e aumentare il rischio di morte precoce;
- le cadute sono la causa più comune di lesioni traumatiche cerebrali;
- molte persone che cadono, anche se non si feriscono, sviluppano paura di cadere.

Questa paura può causare riduzione delle loro attività, mobilità ridotta, perdita di forma fisica e aumento del rischio di caduta.

Le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali e nelle strutture residenziali e possono determinare conseguenze dannose, immediate e tardive, anche gravi.

Secondo l'OMS *"le cadute e i danni ad esse correlati sono una problematica prioritaria per i sistemi sanitari e sociali in Europa e nel mondo, soprattutto tenendo conto del rapido accrescersi dell'aspettativa di vita"* 2. Con l'avanzare dell'età, infatti, aumenta il rischio di caduta e i conseguenti danni. Le cadute provocano un aumento della disabilità, dell'ospedalizzazione e dei decessi.

Il contenimento del rischio da cadute del paziente in una struttura sanitaria è inoltre da considerare un indicatore della qualità assistenziale:

- tra i sei obiettivi per la sicurezza del paziente della Joint Commission International per l'accreditamento degli ospedali (anno 2014) troviamo *"ridurre il rischio di danno al paziente conseguente a caduta accidentale"* 3.
- tra le pratiche fortemente raccomandate dal Agency for Healthcare Research and Quality troviamo *"interventi multifattoriali per la riduzione delle cadute"* 4, 5.

Il Ministero della Salute ha inserito la "morte o grave danno per caduta di paziente" nella liste degli eventi sentinella e nel novembre 2011 ha emesso la Raccomandazione n. 13, "Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie" fornendo uno strumento agli operatori per evitare o minimizzare il rischio di insorgenza di detto evento.

Le indicazioni nazionali e regionali per le aziende sanitarie prevedono l'applicazione di strumenti per la valutazione del rischio di caduta, l'utilizzo di ausili per ridurre il rischio e lo sviluppo di procedure per la gestione dei pazienti a rischio caduta; richiedono inoltre un sistema di monitoraggio della *compliance* rispetto all'utilizzo degli strumenti di valutazione e dell'implementazione delle strategie per minimizzare il rischio.





Da segnalare ancora che nell'aprile 2015 il Ministero della Salute ha pubblicato il quinto Rapporto di Monitoraggio sugli eventi sentinella dal quale risulta che il maggior numero di segnalazioni da parte delle strutture del Sistema Sanitario Nazionale è rappresentato dall'evento "caduta dei pazienti": in particolare, poi, dal 2005 al 2012 al Ministero sono stati segnalati 471 casi di morte o di grave danno per caduta di paziente.

La frequenza dell'evento caduta e l'impatto assistenziale che ne deriva, richiede di affrontare il problema nei modi più efficaci; se da un lato non è realistico pensare che il fenomeno cadute possa essere ridotto a zero, dall'altro sono noti fattori contribuenti che possono essere controllati attraverso specifici interventi 6.

### 1.1 Le dimensioni del fenomeno

*Secondo l'OMS "il 30% delle persone sopra i 65 anni cade ogni anno, e per le persone sopra ai 75 anni i tassi sono più elevati. Tra il 20% e il 30% di coloro che cadono subiscono danni che riducono la mobilità e l'indipendenza e aumentano il rischio di morte prematura. I tassi di cadute negli anziani residenti in istituzioni sono più alti di quelli registrati a livello di comunità"*

Secondo l'American Geriatric Society ogni anno il 35-40% della popolazione sana al di sopra dei 65 anni subisce una caduta; questa percentuale supera il 50% sopra i 75 anni, con notevole impatto sulla sicurezza individuale e sulla qualità della vita.

Le cadute risultano il più frequente e serio incidente domestico nelle persone anziane e sono una delle principali ragioni di ricovero e di istituzionalizzazione degli anziani. *"Circa il 10% delle cadute determina danni gravi; di questi il 5% sono fratture. Nelle persone anziane circa il 95% delle fratture del femore sono causate dalle cadute; tra le persone che cadono riportando la frattura del femore circa la metà non riprendono più il cammino e il 20% muore entro 6 mesi"*.

Le cadute possono anche portare a perdita di funzione, ansia, depressione, ostacoli alla riabilitazione, aumentata durata della degenza, incapacità di ritornare a casa, contribuendo in tal modo a costi aggiuntivi sociali e sanitari.

### 1.2. Il contesto Italiano

In Italia, ogni anno, oltre 3000 persone muoiono tra le mura domestiche a causa di cadute e, secondo dati ISTAT e INAIL, ogni 10 secondi, nelle abitazioni si verifica un incidente che richiede un ricovero ospedaliero. Anche nel nostro paese il 35-40% degli anziani di età superiore a 65 anni cade almeno una volta l'anno e l'incidenza risulta ancora maggiore negli ultra settantacinquenni. Ancora un dato dell'ISTAT deve fare riflettere: gli ultrasessantacinquenni sono un quinto della popolazione italiana (11 milioni) e le persone pari o oltre gli 85 anni sono circa un milione e mezzo; gli ultracentenari risultano oltre 12.000. Il significativo incremento di questa popolazione e l'aumento continuo che ne danno le proiezioni (33,7% nel 2050) giustificano l'attenzione al fenomeno caduta posta dal Ministero della Salute al fine di attuare strategie idonee a limitarne il più possibile il numero, la gravità, i costi economici ed assistenziali.

Interessante ancora notare che circa il 14% delle cadute in ospedale viene classificato come accidentale, l'8% come imprevedibile e il 78% rientra tra le cadute prevedibili per i fattori di rischio identificabili della persona.

Va infine segnalato che ospedali con tassi di cadute più alti della media potrebbero essere addirittura virtuosi ed aver adottato un sistema di segnalazione migliore oppure assistere pazienti più a rischio.

### 1.3 I fattori di rischio

Dalla letteratura esaminata risulta che le cadute hanno un'etiologia multifattoriale.

*"Sono stati descritti più di 400 separati fattori di rischio"*.



Ciò ha notevoli implicazioni in termini di riduzione del rischio come si evidenzierà nel successivo paragrafo. Secondo il citato documento dell'OMS, ripreso poi dalla raccomandazione ministeriale, i fattori di rischio si possono suddividere in due categorie:

- A. fattori intrinseci al paziente
- B. fattori estrinseci relativi all'ambiente e alle attrezzature

### A.1 Fattori intrinseci al paziente

- Anamnesi di precedenti cadute e/o ricovero causato da una caduta.
- Età avanzata; l'incidenza delle cadute aumenta con l'aumentare dell'età.
- Farmaci assunti; secondo l'OMS le benzodiazepine sono associate con un aumento fino al 44% di rischio di frattura di femore e caduta nelle ore notturne. Aumento significativo del rischio anche per farmaci psicotropi, antiaritmici, digossina, diuretici e sedativi. Il rischio aumenta significativamente se una *"persona assume più di 4 farmaci indipendentemente dal tipo. L'utilizzo di 4 o più farmaci è associato con un rischio di nove volte maggiore di alterazione cognitiva e paura di cadere"*<sup>11</sup>.
- **Patologie:** circolatorie, cerebro-vascolari, polmonari croniche-ostruttive, infezioni e malattie acute (infezioni delle vie urinarie, influenza), depressione e artriti sono associate ad un aumentato rischio. L'incontinenza è anche frequentemente presente nelle persone che cadono.
- **Ridotta mobilità e alterata andatura:** la debolezza muscolare è un fattore di rischio così come il deficit nell'andatura e nell'equilibrio; la difficoltà nell'alzarsi da una sedia è anche associata ad un aumento del rischio. Uno studio effettuato in Italia nel 2007 dalla Società Internazionale di Propriocezione e Postura dimostra che il riprogrammare l'equilibrio della persona attraverso incontri per l'attivazione della *propriocezione*, ovvero del flusso di segnali/informazioni provenienti da muscoli, tendini e articolazioni che consentono al sistema nervoso di regolare il movimento e la postura, riduce le cadute del 36%
- **Abitudini di vita sedentarie:** determinano, in una sorta di circolo vizioso, riduzione della forza e indebolimento muscolare che si somma a quello, di per sé fisiologico, legato all'invecchiamento.
- **Stato psicologico - paura di cadere:** secondo l'OMS il 70% delle persone che sono cadute recentemente e circa il 40% di coloro che non riferiscono recenti cadute dichiarano di aver paura di cadere. La ridotta attività fisica e funzionale è associata alla paura e all'ansia di cadere. Si instaura un circolo vizioso per cui la persona, a causa della paura, tende a muoversi di meno con conseguenti danni da riduzione della mobilità e aumentato rischio di cadere.
- **Deficit nutrizionale:** un indice di massa corporea al di sotto della norma è associato con un aumentato rischio di caduta. La carenza di Vitamina D è particolarmente comune negli anziani istituzionalizzati e può portare ad alterazioni dell'andatura, debolezza muscolare e osteoporosi.
- **Deficit cognitivo:** anche a livello modesto è associato ad un rischio aumentato di caduta. I residenti nelle Strutture Residenziali a basso/medio/alto livello di complessità (ex R.S.A., R.A.F. ecc...) affetti da demenza cadono il doppio di quelli senza deficit cognitivi.
- **Problemi di vista:** acuità, sensibilità al contrasto, campo visivo, cataratta, glaucoma sono fattori contribuenti al rischio di caduta così come le lenti bifocali o multifocali.
- **Problemi ai piedi:** calli, deformità, ulcere, problemi alle unghie e dolore durante il cammino aumentano le difficoltà di equilibrio e il rischio di caduta. Le calzature adeguate sono fattori altrettanto importanti.
- **Incontinenza:** dai risultati di un recente studio prospettico 13 si rileva che soffrire di incontinenza urinaria aumenta di 5 volte il rischio di cadere di una persona.

### B.1 Fattori estrinseci relativi allo stato sociale, all'ambiente e alle attrezzature

- **Isolamento sociale, difficoltà finanziarie:** uno studio e molti lavori dimostrano che un reddito basso rappresenta un fattore di rischio significativo. La povertà, il grado di deprivazione relativa e i processi di



esclusione sociale hanno un considerevole impatto sulla salute della popolazione. Risultano infatti ad alto rischio di caduta soggetti soli, divorziati, vedovi che hanno un basso reddito o una situazione socio-economica svantaggiata. Nelle strutture socio-sanitarie occorre invece considerare:

- **Pavimenti** (scivolosi, dislivelli, bagnati / presenza di cartelli durante il lavaggio)
- **Corridoi** (presenza o meno di corrimani, larghezza, presenza di arredi ingombranti...)
- **Scale** (corrimano, gradini con materiale antiscivolo)
- **Camere di degenza e bagni** (dimensione minima a norma, apertura porta verso l'esterno, luci diurne e notturne adeguate, interruttori visibili al buio)
- **Letti** (altezza regolabile, spondine rimuovibili e adattabili in altezza, campanello di chiamata raggiungibile, ruote e freni funzionanti)
- **Carrozine** (braccioli e poggiatesta estraibili o reclinabili/ripiegabili, buona manovrabilità, ruote con freni agevolmente comandati, larghezza <70 cm, schienale basso cm 90-92 da terra max cm 95, con profondità di 43-45 cm (per le carrozine non portatili)
- **Ambienti** presenza o meno di barriere architettoniche
- **Ausili per la deambulazione** adeguati
- **Bagni** con adeguati supporti per sollevarsi dal WC o per fare la doccia.

## 2. Scopi e Obiettivi

### 2.1 Scopi

- Ridurre l'incidenza di cadute nelle diverse aree ospedaliere e territoriali.
- Gestire il paziente caduto in termini di appropriatezza.
- Fornire al team multidisciplinare specifiche istruzioni operative per la prevenzione e gestione del fenomeno cadute.
- Migliorare la sorveglianza ed il monitoraggio del fenomeno "cadute" nei pazienti ricoverati.

### 2.2 Obiettivi

- Identificare ed eliminare situazioni legate all'ambiente che comportino rischi di caduta
- Identificare le persone a rischio di caduta per garantire interventi assistenziali appropriati di prevenzione primaria
- Favorire la *compliance* alle istruzioni operative da parte di operatori e persone assistite nella prevenzione delle cadute attraverso azioni educazionali
- Utilizzare efficaci metodi e strumenti di rilevazione/analisi della caduta derivanti dalla letteratura e condivisi dal team multidisciplinare
- Uniformare le modalità di segnalazione dell'evento caduta applicando una specifica scheda di segnalazione da indirizzare agli Uffici Competenti
- Garantire interventi assistenziali appropriati in caso di caduta e favorire il pronto recupero della persona assistita
- Attuare interventi che evitino il ripetersi dell'evento (prevenzione secondaria)
- Documentare tutte le fasi del processo di prevenzione e gestione delle cadute delle persone assistite attraverso la costruzione di specifiche, appropriate e funzionali schede clinico/assistenziali da inserire nella Cartella Sanitaria Integrata aziendale

## 3. Siglario e Glossario

Evento	Descrizione Uno	Descrizione Due
<b>CADUTA</b>	"Evento in cui il paziente viene trovato seduto o giacente al suolo o riferisce di essere caduto e di essere riuscito a tornare nel letto o sulla poltrona/sedia".	"Improvviso non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, o assisa o clinostatica" La testimonianza della



	(GRC Regione Toscana "La prevenzione delle cadute in ospedale" 2007)	caduta è basata sul ricordo del paziente e/o la descrizione della caduta da parte di testimoni. Si includono i pazienti che dormendo sulla sedia cadono per terra, quelli trovati sdraiati sul pavimento e le cadute avvenute nonostante il supporto (Chiari P. Bologna S.Orsola Malpighi, Centro Sudi EBN, dic. 2004) Nota: tale definizione è poi stata inserita anche nella Raccomandazione Ministeriale n. 13 del 01/12/2011
<b>CADUTA ACCIDENTALE</b>	Quando la persona cade involontariamente (x es. scivolando sul pavimento bagnato)	
<b>Evento</b>	<b>Descrizione Uno</b>	<b>Descrizione Due</b>
<b>CADUTA IMPREVEDIBILE</b>	Quando è determinata da condizioni fisiche non prevedibili fino al momento della caduta (per es. a causa di frattura patologica del femore)	
<b>CADUTA PREVEDIBILE</b>	Quando avvengono nei soggetti esposti a fattori di rischio identificabili	
<b>CARTELLA</b>	Documento aziendale riferito a Cartella Clinica/Cartella Socio-Sanitaria Integrata/Cartella Infermieristica	
<b>AHRQ</b>	Agency for Health Research and Quality	
<b>D.I.</b>	Diagnosi Infermieristica	
<b>Di.P.Sa.</b>	Direzione delle Professioni Sanitarie	
<b>DSPO</b>	Direzione Sanitaria di Presidio	
<b>GCS</b>	Glasgow Coma Scale	
<b>NIC</b>	Nursing Interventions Classification (Interventi Infermieristici)	
<b>NOC</b>	Nursing Outcomes Classification (Risultati assistenziali)	
<b>NPSA</b>	National Patient Safety Agency-Great Britain	
<b>OECD/OCSE</b>	Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico	
<b>OMS/WHO</b>	Organizzazione Mondiale della Sanità/World Health Organization	
<b>Sigla p.a</b>	Persona assistita	
<b>QRMU</b>	Servizio Qualità, Risk Management, Relazione con gli Utenti	



SC	Struttura Complessa	
SPP	Servizio Prevenzione Protezione	

#### 4. Campo di applicazione

Le attività descritte in questa procedura vengono ad essere applicate in tutta l'organizzazione dell'SSG per tutti gli assistiti nei diversi regimi di ricovero.

#### 5. Descrizioni delle attività

##### 5.1 Valutazione dei rischi ambientali

Le caratteristiche dell'ambiente fisico della struttura sanitaria impiegata nel prestare assistenza ai pazienti possono influire sui rischi di caduta dei pazienti oltre che dei visitatori e degli operatori. Nelle raccomandazioni di prevenzione delle cadute rilasciate da autorevoli organismi internazionali, l'intervento sull'ambiente e sui presidi è indicato come prioritario sia per le strutture per acuti che per le residenze sanitarie assistite.

Nella presente procedura ci si pone pertanto l'obiettivo di determinare i fattori di rischio strutturali connessi con gli ambienti ed i presidi, che non dipendono dalle condizioni dei pazienti e possono contribuire al verificarsi dell'evento caduta.

##### 5.2 Valutazione del rischio di caduta nella persona assistita

Le attività identificate al fine di prevenire le cadute delle persone assistite derivano, in primis, dal Rapporto Mondiale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sulla prevenzione delle cadute dell'anziano e dalla letteratura internazionale in merito.

Essi concordano nel ritenere che un intervento primario per la prevenzione delle cadute accidentali consiste nel valutare la persona al momento della presa in carico - in ospedale - presso le strutture residenziali - a livello domiciliare, al fine di individuare gli assistiti a rischio di caduta e mettere in atto per loro misure di prevenzione.

C'è da rilevare che valutare una persona e determinare il rischio di caduta non è semplice e, soprattutto negli anziani, la maggior parte delle cadute sono dovute alla combinazione di numerosi fattori. Dagli studi esaminati, si può affermare che i *fattori intrinseci* sono più importanti nelle persone di 80 anni e oltre (più comune la perdita di coscienza che sottende una condizione medica come causa della caduta); nelle persone invece sotto i 75 anni, la caduta sembra maggiormente imputabile a *fattori estrinseci*.

Il rischio di caduta, inoltre (sia in ospedale che a livello di comunità), aumenta con l'aumentare dei *fattori di rischio*.

Il documento dell'OMS, considerato ancora attuale, identifica **tre fattori di rischio**:

- "assunzione di più di 4 farmaci"
- "debolezza alle anche"
- "equilibrio instabile" che potrebbe essere valutato attraverso i seguenti parametri:
- incapacità di mantenere la posizione seduta in autonomia
- incapacità di mantenere la posizione eretta in autonomia

ed evidenzia un rischio di caduta fino al 100% in coloro che presentano tutti i tre fattori e del 12% in persone che non ne presentano alcuno.

Nessuna scala di valutazione esistente è in grado di soddisfare criteri di sensibilità, specificità e predittività per quanto riguarda il rischio di cadute. Nella nostra Azienda si è scelto di utilizzare la **Scala Conley** in quanto ha un alto valore di sensibilità (69% 20), consente di individuare molti pazienti a rischio di cadute che effettivamente cadranno (veri positivi), è facilmente comprensibile e



veloce nella compilazione permettendo così di discriminare quali pazienti siano maggiormente a rischio di caduta.

Per la Scala Conley il valore di **cut off** è **2** quindi **valori = > 2** devono allertare il personale di assistenza sul rischio di caduta dell'assistito.

## **MODALITA' DI APPLICAZIONE DELLA SCHEDA DI VALUTAZIONE RISCHIO CADUTA PAZIENTI COMPILAZIONE:**

### **Per le aree di degenza:**

- **prima valutazione della persona assistita:**
- con la scheda valutazione rischio caduta pazienti, fatta dall'INFERMIERE in fase di accettazione al ricovero in reparto/presa in carico del paziente
- **entro 24 ore:**
- naturalmente in caso di un'ammissione in urgenza, si compilerà in un secondo tempo, dopo la stabilizzazione clinica dell'assistito.
- **valutazioni successive**
  - dopo 72 ore dalla prima valutazione in caso il paziente sia risultato inizialmente non a rischio
  - dopo una caduta ogni volta in cui si rileva un cambiamento nelle condizioni cliniche del paziente
  - quando vengono effettuate variazioni terapeutiche importanti (aggiunta o sostituzione di farmaci induttori del sonno/ansiolitici/psicofarmaci - benzodiazepine, diuretici, ecc)
  - prima del trasferimento presso altre strutture
  - alla dimissione verso il domicilio

### **Criteri di inclusione**

La scheda valutazione rischio caduta pazienti dovrà quindi essere compilata per:

- tutti gli assistiti nei vari regimi di ricovero con pernottamento .
- i pazienti con accesso alle Cure Primarie, che presentano i 3 fattori OMS sotto riportati o, in caso di dubbio, che ne presentino anche solo uno dei seguenti casi:
  - "assunzione di più di 4 farmaci" (indipendentemente dal tipo)
  - "debolezza alle anche" che può essere tradotta come *debolezza dei muscoli stabilizzatori del bacino con sbilanciamento dell'anca durante il passo e nei cambi di posizione* "equilibrio instabile" che potrebbe essere valutato attraverso i seguenti parametri:
    - incapacità di mantenere la posizione seduta in autonomia
    - incapacità di mantenere la posizione eretta in autonomia

### **Criteri di esclusione**

- gli assistiti nei vari regimi di ricovero senza pernottamento
- i pazienti con accessi ambulatoriali in Day Service (ad es. interventi chirurgici declassati come tunnel carpale, cataratta ecc...)



## 1. Ambito

Il presente documento si inquadra nell'ambito dei principi contenuti nell'art. 32 del Regolamento 2016/679/UE (*infra* detto "GDPR"), applicabili alla **SAN GIUSEPPE S.R.L.** in qualità di Titolare del trattamento.

Si rammenta che, ai sensi del GDPR, le misure di sicurezza devono "garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio" del trattamento e che, in questo senso, la lista di cui al paragrafo 1 dell'art. 32 è una lista aperta e non esaustiva.

Inoltre, pur non potendo sussistere, dopo il 25 maggio 2018, obblighi generalizzati di adozione di misure "minime" di sicurezza (ex art. 33 D.Lgs. 196/2003 "**Codice della Privacy**"), si ritiene, in ossequio al principio di *accountability* e allo scopo di assicurare un livello minimo di protezione dei dati personali, che le misure di cui agli artt. 34 e 35 del Codice della Privacy come meglio precisate nel suo allegato B, debbano in ogni caso essere garantite dal Responsabile in riferimento a qualsiasi trattamento di dati personali di cui la **SAN GIUSEPPE S.R.L.** sia titolare.

Si rammenta, infine, che, su indicazione dell'Autorità Garante, per alcune tipologie di trattamenti (quelli di cui all'art. 6, paragrafo 1), lettere c) ed e) del GDPR) possono restare in vigore le misure di sicurezza attualmente previste attraverso le disposizioni di legge volta per volta applicabili.

## 2. Scopo e campo di applicazione

Il presente documento, strutturato in differenti sezioni, ha l'obiettivo di specificare le istruzioni operative a cui si devono attenere i Responsabili Esterni del trattamento dei dati personali della **SAN GIUSEPPE S.R.L.** (*infra* detti "Responsabile" o "Responsabili") e coloro i quali con questi collaborano ovvero da questi dipendono, in conformità con la normativa vigente in materia di trattamento dei Dati Personali e con la nomina in tal senso ricevuta dalla **SAN GIUSEPPE S.R.L.** in qualità di titolare del trattamento (*infra* detta "Titolare") di cui il presente Allegato costituisce parte integrante e inscindibile.

Si precisa, comunque, che nel rispetto delle norme e delle istruzioni in tal senso fornite dal Titolare, possono essere eseguite dai Responsabili attività in autonomia purché non comportino una diminuzione del livello generale e specifico di sicurezza né la modifica delle finalità dei trattamenti loro affidati.

Il Titolare, tramite verifiche periodiche affidate al proprio Responsabile per la Protezione dei Dati (*infra* detto "Dpo") e/o altro soggetto allo scopo individuato, effettuerà i controlli che riterrà opportuni per vigilare sulla puntuale osservanza della normativa vigente, della nomina e delle presenti istruzioni operative.

## 3. Documenti di riferimento

Costituiscono riferimento imprescindibile per questo documento:

- Il D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. e i suoi allegati
- Il Regolamento 2016/679/UE
- Ogni altra normativa nazionale, anche emanata ai sensi dell'art. 13 della Legge n. 163 del 25 ottobre 2017, e/o dell'Unione Europea rilevante in materia di tutela della riservatezza e dei dati personali
- I provvedimenti generali e particolari, le linee guida e le autorizzazioni emanate dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali e/o dal Gruppo dei Garanti Europei della privacy
- Ogni procedura e/o regolamento interno all'organizzazione del Titolare rilevante per la tutela della riservatezza e la protezione dei dati personali

## 4. Definizioni

Ai fini del presente documento, si intendono applicabili le definizioni riportate all'art. 4 del GDPR cui espressamente si rimanda ricordando, in particolare, che:

- Per "**Legge Applicabile**" o "**Normativa Privacy**", si intende il Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (di seguito, per brevità, "**GDPR**") a far data dal 25.05.2018, nonché qualsiasi altra normativa sulla protezione dei



dati personali applicabile in Italia, anche emanata ai sensi dell'art. 13 della Legge n. 163 del 25 ottobre 2017, ivi compresi i provvedimenti dell'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali applicabili alla fattispecie oggetto del Contratto;

- per **“Dati Personali”**: si intendono tutte le informazioni direttamente o indirettamente riconducibili ad una persona fisica così come definite ai sensi dell'art. 4 par. 1 del GDPR, che il Responsabile tratta per conto del Titolare allo scopo di fornire i Servizi di cui al Contratto;
- per **“Categorie particolari di dati” c.d. Dati Sensibili**: si intendono i dati personali che rivelano l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché i dati genetici, biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.
- per **“Dati relativi alla salute”**: si intendono i dati personali attinenti alla salute fisica e mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi di assistenza sanitaria, che rivelano informazioni relative al suo stato di salute;
- per **“Interessato”**: si intende la persona fisica cui si riferiscono i Dati Personali;
- per **“Servizi”**: si intendono i Servizi resi dal Responsabile oggetto del Contratto nonché il relativo trattamento dei dati personali, così come meglio descritto nel presente Atto di nomina e nei suoi allegati;
- per **“Titolare”**: si intende, ai sensi dell'art. 4, par. 7 del GDPR, la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento di dati personali;
- per **“Responsabile del Trattamento”**: si intende, ai sensi dell'art. 4, par. 8 del GDPR, la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta dati personali per conto del Titolare del trattamento;
- per **“Ulteriore Responsabile”**: si intende la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo, soggetto terzo (fornitore) rispetto alle Parti, a cui il Responsabile del trattamento, previa autorizzazione del Titolare, abbia, nei modi di cui al par. 4 dell'art. 28 del GDPR, eventualmente affidato parte dei Servizi e che quindi tratta dati personali;
- per **“Persona autorizzata al trattamento” o “Autorizzato”**: si intendono le persone fisiche autorizzate a compiere operazioni di trattamento dal Titolare o dal Responsabile;
- per **“Amministratore di sistema” o “ADS”**: si intende la persona fisica dedicata alla gestione e alla manutenzione di impianti di elaborazione con cui vengano effettuati trattamenti di dati personali, compresi i sistemi di gestione delle basi di dati, i sistemi software complessi quali i sistemi ERP (Enterprise resource planning) utilizzati in grandi aziende e organizzazioni, le reti locali e gli apparati di sicurezza, nella misura in cui consentano di intervenire sui dati personali;
- per **“Misure di Sicurezza”**: si intendono le misure di sicurezza di cui alla Normativa privacy;
- per **“Trattamento”**: si intende, ai sensi dell'art. 4, par. 2 del GDPR, qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

## 5. Istruzioni per le credenziali di autenticazione

Lo scopo di questa sezione è di fornire le istruzioni operative riguardanti il processo di autenticazione informatica ai sistemi del Titolare, ove previsto in favore del Responsabile e, in particolare, per l'utilizzo delle credenziali (di seguito indicate come password).

Ove necessario ai fini dell'esecuzione del Contratto, il Responsabile ha l'obbligo di richiedere per sé e/o per i propri Autorizzati, l'assegnazione e/o la disattivazione di una o più utenze informatiche personalizzate che consentano l'accesso, con adeguate misure di sicurezza, agli ambiti di trattamento espressamente e specificamente individuati.





È compito del Responsabile rendere edotti i propri Autorizzati del fatto che, qualora si verifichi una prolungata assenza o un imprevisto impedimento dell'Autorizzato che, per sopraggiunte necessità di operatività e/o di sicurezza del sistema, renda indispensabile e indifferibile intervenire sulle attività di trattamento/profilo allo stesso assegnati, il Responsabile del Trattamento, mediante la collaborazione del Direttore del Dipartimento Informativo e Tecnologico del Titolare, ovvero un soggetto terzo allo scopo espressamente autorizzato dal Titolare o dal Responsabile, potrà disattivare la password assegnata all'Autorizzato e accedere ai dati. L'Autorizzato, al rientro in servizio, verrà avvertito dell'evenienza e sarà tenuto alla sostituzione della password non più attiva.

Il processo di autenticazione descritto in questa sezione prevede l'inserimento di un codice identificativo personalizzato dell'Utente (Persona autorizzata o Autorizzato), c.d. "user-id", associato a una parola chiave riservata, c.d. "password".

#### **Password Iniziale**

- La prima password viene comunicata dagli ADS in modalità riservata all'Autorizzato con comunicazione che invita ad effettuare immediatamente la sostituzione.
- La prima password ha carattere provvisorio; non abilita ad alcuna operazione diversa da quelle strettamente necessarie alla sua sostituzione da parte dell'Autorizzato.
- L'Autorizzato non può e non deve effettuare alcuna operazione se prima non ha provveduto a sostituire la password iniziale.
- L'Autorizzato effettua la sostituzione della prima password attenendosi alle raccomandazioni fornite nell'Allegato 1 della presente procedura.

#### **Lunghezza e complessità della password**

La lunghezza minima della password deve essere almeno di otto caratteri alfanumerici e deve inglobare almeno una lettera maiuscola, una minuscola, un numero e un carattere speciale (es.: !"£\$%&/=?^\*§ç). Nel caso in cui il sistema non consenta l'utilizzo di una password di otto caratteri, deve essere utilizzato un numero di caratteri pari al massimo consentito.

#### **Scelta e costruzione della password**

La password scelta non deve essere banale o facilmente individuabile o riconducibile all'Interessato (data di nascita, codice fiscale, compleanno dei figli, ecc.) pertanto è necessario attenersi alle raccomandazioni fornite nell'Allegato della presente procedura.

#### **Riservatezza della password**

Occorre adottare ogni necessaria cautela per assicurare la segretezza e riservatezza della password. L'Autorizzato è tenuto alla custodia delle password attenendosi, in particolare, alle seguenti disposizioni:

- la password è strettamente personale e non può essere comunicata ad altri;
- non è consentita la trascrizione della password su carta o su qualsiasi altro supporto;
- l'Autorizzato non deve lasciare incustodito e accessibile lo strumento elettronico durante una sessione di trattamento. Allontanandosi anche temporaneamente dallo stesso deve provvedere a bloccarlo;
- la perdita, la diffusione o la sospetta compromissione di una password personale deve prontamente essere comunicata al Responsabile S.I.;

#### **Aggiornamento della password**

L'aggiornamento password è consentito esclusivamente all'Autorizzato attenendosi alle seguenti disposizioni:

- ✓ la password deve essere aggiornata dall'Autorizzato al primo utilizzo e successivamente almeno ogni tre mesi;
- ✓ dove tecnicamente possibile deve essere concessa all'Autorizzato la possibilità di sostituire in qualsiasi momento ed autonomamente le password anche in caso di sospetta compromissione della



riservatezza. Ove non tecnicamente possibile, l'Autorizzato è tenuto a segnalare immediatamente la necessità al Responsabile S.I.;

- ✓ L' Autorizzato aggiorna la propria password personale, avvalendosi delle regole fornite nell'Allegato 1, al verificarsi di uno dei seguenti eventi:
  - ✓ immediatamente in caso di prima attivazione
  - ✓ per decorrenza del periodo di validità attribuito alla password (3 mesi)
  - ✓ su esplicita richiesta del Responsabile S.I..

È vietata, senza espressa autorizzazione del Responsabile S.I., la sostituzione di una password con una frequenza superiore alle 2 volte al giorno.

## **6. Istruzioni per utilizzo Pc**

Lo scopo di questa sezione è fornire le istruzioni per la gestione dei Personal Computer.

Non è consentito che due o più Autorizzati accedano al sistema informatico, simultaneamente o in maniera differita, utilizzando il medesimo identificativo utente e la medesima password.

Il periodo massimo di non utilizzo della password da parte dell'Autorizzato è stabilito in tre mesi.

Al fine di proteggere la sessione di lavoro da utilizzi non autorizzati in sua assenza, l'Autorizzato non deve lasciare incustodito e accessibile a terzi lo strumento elettronico. Nel caso in cui, dunque, anche temporaneamente, l'Autorizzato debba allontanarsi dalla postazione, dovrà attivare lo screensaver protetto da password, disattivare la propria utenza, o mettere comunque in atto idonei mezzi di protezione che impediscano l'accesso ai dati presenti nel PC. Quando vi sia la necessità di assentarsi in modo prolungato dalla propria postazione di lavoro, oltre che attivare gli idonei mezzi di protezione sopra citati, si consiglia, ove possibile, di chiudere a chiave la porta quando si esce dalla stanza.

- Non è consentito archiviare o trattare, neppure temporaneamente, dati personali propri o di terzi non attinenti allo svolgimento dell'attività lavorativa sui sistemi informatici del Titolare o su cui si trattino dati di competenza di quest'ultimo.

Il Titolare non risponderà della perdita di materiale e/o dati strettamente personali, eventualmente archiviati nella propria postazione di lavoro.

Ulteriori disposizioni e/o informazioni in riferimento a quanto precede possono essere contenute in apposite procedure dell'Azienda che verranno messe a disposizione del Responsabile.

## **7. Istruzioni per la gestione dei supporti di memorizzazione rimovibili**

Lo scopo di questa sezione è di fornire le istruzioni operative riguardanti la gestione dei supporti di memorizzazione rimovibili: hard disk dei personal Computer, CD ROM, penne USB, ecc.

Qualsiasi supporto di memorizzazione rimovibile eventualmente utilizzato dovrà essere dotato di sistemi di accesso di sicurezza atti ad assicurare, in caso di eventuale furto o smarrimento, l'impossibilità per soggetti estranei di poter accedere ai dati negli stessi contenuti. Tali criteri di accesso devono rispondere alle indicazioni di cui al punto 5.

Prima di procedere al riutilizzo per altri scopi lavorativi e autorizzati dei supporti di memorizzazione e nel caso fosse necessario conservare le informazioni contenute negli stessi, deve essere effettuato il salvataggio dei dati sui sistemi informatici dell'Azienda.

I supporti di memorizzazione prima di essere riutilizzati, devono essere completamente reinizializzati, di modo che le informazioni precedentemente contenute non siano recuperabili e tecnicamente ricostruibili in alcun modo.

I supporti di memorizzazione utilizzati per il trattamento di dati personali di natura sensibile ovvero per la gestione dei dati relativi al personale del Titolare non possono essere riutilizzati per scopi diversi e, nel caso di definitiva dismissione, adeguatamente distrutti per rendere assolutamente irricostruibili le informazioni negli stessi anche solo temporaneamente custodite.

Gli Autorizzati hanno la responsabilità di:

- a) segnalare la necessità di un'eventuale riparazione degli hard disk
- b) segnalare la necessità di un'eventuale dismissione dei supporti USB



- c) segnalare la necessità di un eventuale riutilizzo degli hard disk, dei CD-ROM e dei supporti USB
- d) eseguire la reinizializzazione dei supporti USB per poterli successivamente riutilizzare ove consentito
- e) effettuare il test sulla reinizializzazione dei supporti USB eseguita precedentemente.

#### **8. Istruzioni per il trattamento dei documenti cartacei**

Il Responsabile dovrà provvedere a:

- a) identificare gli eventuali soggetti ammessi ad accedere ai Dati Personali detenuti su supporto cartaceo al di fuori dell'orario di lavoro;
- b) identificare e comunicare al Titolare gli archivi presso l'unità, dove riporre i documenti contenenti i Dati Personali e/o "categorie particolari di dati personali", c.d. Dati Sensibili, (armadi, stanze, casseforti, ecc.);
- c) prevedere la conservazione dei documenti contenenti "categorie particolari di dati personali", c.d. Dati Sensibili, separata dai documenti contenenti Dati Personali comuni;
- d) verificare, previa consultazione con il Titolare, la corretta esecuzione delle procedure di distruzione dei documenti quando non più necessari o quando richiesto dall'interessato.

Il Responsabile del trattamento, così come gli stessi Autorizzati dovranno inoltre provvedere a:

- a) trattare i Dati Personali e/o "categorie particolari di dati personali", c.d. Dati Sensibili, e/o Giudiziari secondo il principio di necessità, ovvero unicamente per lo scopo per cui sono stati raccolti;
- b) non diffondere o comunicare i Dati Personali e/o "categorie particolari di dati personali", c.d. Dati Sensibili e/o Giudiziari a soggetti non autorizzati al trattamento;
- c) non lasciare incustoditi documenti contenenti Dati Personali e/o "categorie particolari di dati personali", c.d. Dati Sensibili e/o Dati Giudiziari durante e dopo l'orario di lavoro;
- d) non lasciare in luoghi accessibili al pubblico i documenti contenenti Dati Personali e/o "categorie particolari di dati personali", c.d. Dati Sensibili e/o Giudiziari;
- e) riporre i documenti negli archivi quando non più operativamente necessari;
- f) limitare allo stretto necessario l'effettuazione di copie e/o la trasmissione all'esterno dei suddetti documenti.

La riproduzione di documenti contenenti "categorie particolari di dati personali", c.d. Dati Sensibili, e/o Giudiziari su supporti non informatici (ad esempio fotocopie) è vietata se non assolutamente indispensabile per l'esecuzione del Contratto. La riproduzione deve essere sottoposta alla medesima disciplina dei documenti originali.

Nel seguito sono evidenziate le disposizioni che il Responsabile e gli Autorizzati devono applicare e rispettare quando trattano documenti cartacei contenenti Dati Personali e/o "categorie particolari di dati personali", c.d. Dati Sensibili, e/o Dati Giudiziari.

Archiviazione dei documenti cartacei

I documenti cartacei devono essere:

- a) conservati in archivi adeguatamente protetti, per evitare la lettura e/o il prelievo non autorizzato dei documenti cartacei, garantendo, quindi, la riservatezza e l'integrità dei Dati Personali e/o "categorie particolari di dati personali", c.d. Dati Sensibili, e/o Dati Giudiziari, in essi contenuti
- b) riposti negli appositi archivi che dovranno essere chiusi a chiave, in armadi o stanze, al termine della giornata lavorativa. Le chiavi dovranno essere risposte in un luogo sicuro e non lasciate nelle serrature stesse
- c) trasferiti presso gli archivi centrali quando non più operativamente necessari.



#### Consultazione dei documenti cartacei

La consultazione dei documenti contenenti Dati Personali e/o "categorie particolari di dati personali", c.d. Dati Sensibili, e/o Dati Giudiziari, deve avvenire esclusivamente da parte degli Autorizzati, solo quando operativamente necessario e quando possibile *in loco*.

L'Autorizzato può effettuare la consultazione di tali documenti fuori orario di lavoro solo se preventivamente autorizzato dal Responsabile, identificato e registrato dalla vigilanza.

#### Distruzione dei documenti cartacei

In relazione alle previsioni di cui all'art. 5, paragrafo e), e 89 del Regolamento (UE) 2016/679, che prevedono la conservazione dei dati personali per un tempo ben definito, i documenti che non devono essere conservati per legge, devono essere distrutti al termine della loro utilizzazione.

La distruzione dei documenti nei limiti consentiti dalla legge, deve essere effettuata quando è espressamente richiesto dall'interessato e/o quando comunicato dal Titolare ovvero dal Responsabile, all'interno della propria area di competenza e deve essere formalizzata ed autorizzata dal Titolare o dal Responsabile secondo competenza, in relazione alla titolarità dei dati contenuti nel documento in esame.

I documenti dovranno essere distrutti, sotto la supervisione del Responsabile all'interno della propria unità. La distruzione legittima dei documenti cartacei contenenti dati personali deve essere effettuata, attraverso opportuni strumenti (distruggidocumenti) e comunque in modo da rendere impossibile la ricostruzione del documento.

#### **Allegato 1 - RACCOMANDAZIONI PER LA CREAZIONE DELLE PASSWORD**

1. Le password devono essere costruite utilizzando caratteri alfabetici, numerici e simboli speciali disponibili con le tastiere di utilizzo comune.
2. Le password devono contenere almeno un carattere appartenente a ciascuno degli insiemi sopra enunciati.
3. Nei casi in cui non risulti possibile l'utilizzo dei simboli speciali, le password devono contenere caratteri numerici ed alfabetici ripartibili in numero compreso tra un minimo di 3 ed un massimo di 5, ferma restando la lunghezza minima complessiva fissata in 8 caratteri.
4. Le password non devono contenere più di 3 caratteri uguali consecutivi.
5. Le password non devono contenere caratteri di spaziatura.
6. Le password non devono contenere:
  - a. nomi propri di persona;
  - b. sigle di funzioni organizzative o progetti interni all'Azienda;
  - c. nomi di giorni della settimana, mesi dell'anno o stagioni;
  - d. nomi di riferimenti geografici;
  - e. nomi di personaggi della politica, sport, cinema e fumetti.
  - f. riferimenti alla user-id;
  - g. il nome o cognome dell'Autorizzato;
  - h. le matricola dell'Autorizzato;
  - i. la data di nascita dell'Autorizzato, del coniuge o dei figli;
  - j. esclusivamente date in qualsiasi formato e con qualsiasi separatore di uso comune.
7. Ogni nuova password deve differire dalla precedente perlomeno in 4 caratteri.
8. Credenziali individuali per gli utenti applicativi con password di adeguata complessità (almeno 8 caratteri) e funzione di scadenza automatica entro termine prefissato.
9. Protezione degli schemi di database proprietari delle tabelle applicative con password di adeguata complessità (almeno 8 caratteri se privi di privilegi di amministratore).



10. Protezione con password di adeguata complessità (almeno 14 caratteri) degli utenti/schemi di database che abbiano anche privilegi di amministratore e necessari ai prodotti in oggetto.

## **Allegato 2 - INCARICATO DELLA CUSTODIA DELLE COPIE DELLE CREDENZIALI**

Compiti degli incaricati della custodia delle copie delle credenziali

Il Responsabile nomina, se lo ritiene opportuno, uno o più Incaricati della custodia delle copie delle credenziali.

Questi, tra i compiti affidati, devono:

- ✓ custodire in luogo chiuso e protetto e in busta chiusa le credenziali per l'accesso ai dati degli Incaricati;
- ✓ istruire gli Incaricati sull'uso delle parole e sulle caratteristiche che le password debbono avere e sulle modalità per la loro modifica in autonomia.

Nomina degli incaricati della custodia delle copie delle credenziali

Qualora il Responsabile ritenga di non delegare nessun Autorizzato della custodia delle credenziali, ne assumerà direttamente le responsabilità e funzioni.

L'incarico viene affidato con lettera d'incarico, controfirmata per accettazione, e conservata il luogo sicuro a cura del Responsabile.

Il Responsabile consegna a ciascun Autorizzato della custodia delle credenziali copia di tutte le norme che riguardano la sicurezza del trattamento dei dati in vigore al momento della nomina.

La nomina dell'Autorizzato della custodia delle credenziali è a tempo indeterminato e decade per revoca o dimissioni dello stesso.

La nomina dell'Autorizzato della custodia delle credenziali può essere revocata in qualsiasi momento dal Responsabile o dal Titolare senza preavviso ed eventualmente affidata ad altro soggetto.



Corso Urgenza ed Emergenza					4					4			<b>8 ore</b>
Corso Somministrazioni Farmaci											4		<b>4 ore</b>
Corso HACCP D.Lgs 155/97	3					2				2			<b>7 ore</b>
Corso normativa antincendio		4									3		<b>7 ore</b>
<b>TOTALI</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>25</b>	<b>34</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>37</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	

Grande attenzione è rivolta allo sviluppo della formazione continua per le figure professionali e per gli operatori coinvolti a diversi livelli, all'interno della Struttura, affinché si promuova dialogo e confronto, condivisione e crescita individuale e di gruppo.

Nella gestione diretta e indiretta delle risorse umane, rispetta i principi stabiliti dalla Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo nonché dall'ILO ed altresì aderisce a quanto previsto dalla normativa vigente ed applicabile in materia di Diritto del Lavoro. E' inoltre interesse inderogabile dell'Organizzazione favorire lo sviluppo e la crescita professionale del potenziale di ciascuna risorsa attraverso: un patto importante tra operatori ed ospiti, un codice etico e comportamentale, ed in ultimo la Carta dei Diritti degli anziani.

## 2. Attuazione

Il **PF - Piano di Formazione**, ha come obiettivo generale la ricerca del soddisfacimento dell'Ospite, attraverso l'erogazione di servizi socio-assistenziali coerenti con le norme vigenti, ma anche con le aspettative realistiche dei soggetti fruitori, nonché con la logica propria della gestione della sicurezza del paziente e della prevenzione del rischio clinico.

In sintesi, gli obiettivi formativi sono di varia natura:

- Favorire lo sviluppo professionale e di carriera, nonché orientare i comportamenti necessari al raggiungimento degli obiettivi specifici di ciascun Nucleo o Servizio;
- Sviluppare abilità finalizzate all'aggiornamento continuo delle proprie competenze, attraverso l'utilizzo corretto delle risorse ed informazioni disponibili;
- Acquisire conoscenze per la definizione di modalità di servizio efficaci, appropriate ed efficienti;
- Favorire il confronto tra i diversi operatori, anche provenienti da realtà diverse, per individuare modalità appropriate per gestire adeguatamente le varie situazioni di servizio;
- Promuovere la ricerca di modalità di lavoro in team multiprofessionale, come modalità più adeguata, sia per far fronte agli imprevisti, sia per favorire l'integrazione e la collaborazione;
- Fornire conoscenze e strumenti per essere in grado di gestire le dinamiche relazionali all'interno di situazioni conflittuali, sia con i clienti, sia con gli operatori interni, e concorrere alla attivazione di comportamenti propositivi e tesi all'integrazione professionale;
- Sviluppare la sensibilità degli operatori rispetto alle necessità di un confronto diretto con l'Ospite, per riuscire a coglierne le aspettative e a valutarne la soddisfazione;
- Fornire conoscenze e strumenti per raccogliere le informazioni professionali necessarie a compiere un'analisi costruttiva che permetta un miglioramento continuo del servizio offerto;
- Sviluppare competenze specifiche al fine di informatizzare il più possibile la documentazione di servizio.



Iter formativo è strutturato in maniera flessibile e dinamica e segue dalle metodologie per la gestione delle attività formative, all'individuazione del bisogno fino alla valutazione del risultato dell'intervento nel rispetto delle tappe logiche della progettazione formativa quali:

1. analisi dei fabbisogni formativi
2. programmazione delle attività formative
3. realizzazione delle attività per la formazione continua
4. valutazione dei risultati complessivi per la formazione.

Con il termine **analisi dei fabbisogni formativi**, si intende la descrizione dei fabbisogni culturali necessari agli Operatori per assicurare risultati efficaci ed efficienti rispetto agli obiettivi, che siano aggiornati rispetto all'evoluzione tecnico-specifica e al peculiare ruolo ricoperto. Le informazioni per la definizione dei fabbisogni sono rappresentate dalle richieste espresse dai singoli operatori e dall'analisi di documenti, leggi, piani, programmi, atti, nonché dall'evoluzione dei ruoli professionali, al fine di orientare gli interventi anche nel rispetto delle indicazioni previste dagli strumenti legislativi e di programmazione.

La nostra Organizzazione prevede che, ogni qual volta venga attivato un progetto formativo, andranno tenute in considerazione tutte le dimensioni della qualità di un servizio (professionale, organizzativa e relazionale) privilegiando quelle che, dall'analisi dei processi e dei risultati attesi, richiedano approfondimenti culturali per colmare eventuali lacune rispetto a conoscenze, abilità e comportamenti attesi. La valutazione del fabbisogno formativo è quindi finalizzata a perseguire coerenza e sistematicità nelle iniziative formative, salvaguardando la connessione effettiva delle stesse, sia ai fabbisogni richiesti, sia all'utilità rivestita.

La **realizzazione** delle attività richiede un coinvolgimento responsabile ed attivo di tutte le parti interessate: committenza, fornitori, partecipanti, mentre nella fase di attuazione, prevalgono le competenze del formatore-docente, sia interno, che esterno. La negoziazione tra le parti (committenza, fornitore, partecipanti) si concretizza nella definizione degli obiettivi generali dell'attività formativa e dei criteri di valutazione.

La **valutazione** dei risultati è da considerarsi un'attività di ricerca con l'obiettivo di misurare l'efficacia della formazione sui servizi erogati. La valutazione dell'intervento riguarda un'ampia gamma di funzioni che vanno dalle attività svolte dai partecipanti attraverso il processo formativo, alla valutazione dell'apprendimento individuale e di gruppo, fino ai risultati ottenuti in termini di ricaduta organizzativa nella modifica dei processi operativi e di miglioramento della qualità dei servizi offerti.

La nostra **programmazione in itinere** degli interventi formativi, in relazione alle indicazioni rilevate, ma anche in riferimento all'azione formativa svolta in altre realtà, si sono individuate le seguenti aree di intervento:

- A. Area relazionale
- B. Area del coordinamento del personale
- C. Area direzionale e dei Sistemi Qualità
- D. Area della sicurezza sul lavoro e della sicurezza del paziente
- E. Area dell'informatica.

Nello specifico:

- A. Area relazionale



La relazione con l'Ospite fragile o disturbante, mirando a comprendere le modalità di insorgenza dell'aggressività, soprattutto se essa è conseguenza di presenza di patologie dementigene e del dolore, e ad adottare modalità non farmacologiche di contenimento dell'ansia e della tensione.

**B. Area del coordinamento del personale**

La direzione autorevole del personale, con particolare riguardo alle situazioni di emergenza.

**C. Area direzionale e dei Sistemi Qualità:**

L'analisi delle risultanze di servizio e delle metodologie di lavoro, nell'ambito delle periodiche riunioni interne

La gestione di un Sistema Qualità con particolare attenzione alla gestione del rischio clinico e dell'errore organizzativo, ma anche della sicurezza sul lavoro.

**D. Area della sicurezza sul lavoro.**

Riveste un aspetto importante e prioritario sia per l'Ospite che per gli operatori e professionisti che lavorano nella Struttura.

I Dipendenti e Collaboratori, sono considerati elemento indispensabile per l'esistenza e lo sviluppo futuro della Struttura, per cui, il Progetto Colonna, si impegna alla garanzia del rispetto delle normative di legge in materia di prevenzione e sicurezza sul lavoro, assicurando luoghi e ambienti di lavoro adeguati agli standard nazionali e internazionali in materia.

La salute dei Dipendenti e Collaboratori non è da intendersi solo come assenza di malattie ma anche come benessere psichico, fisico e sociale, che può essere garantito mediante i seguenti principi di organizzazione:

- ridurre al minimo i rischi;
- valutare i rischi che non possono essere eliminati;
- combattere i rischi all'origine;
- adattare il lavoro all'uomo, in particolare per quanto concerne l'organizzazione e la concezione dei posti di lavoro, la scelta delle attrezzature, dei metodi di lavoro e di produzione. Soprattutto si devono combattere le attività monotone o ripetitive e, quindi, ridurre i loro effetti negativi sulla salute. Se il lavoro è monotono o ripetitivo, l'organizzazione dei posti di lavoro e la scelta delle attrezzature, dei metodi di lavoro e di produzione devono essere ottimizzati al fine di alleviare i lavoratori;
- seguire l'evoluzione tecnica;
- sostituire ciò che è pericoloso con ciò che non lo è o lo è di meno;
- pianificare la protezione della salute in modo tale che gli aspetti individuali, tecnici, organizzativi e sociali e tutte le loro interazioni siano considerati nel loro insieme;
- accordare la priorità alla protezione della salute a carattere collettivo piuttosto che individuale;
- istruire i dipendenti in modo appropriato; questo comporta l'istruzione sull'applicazione e sulla sua sorveglianza nonché la formazione a tutti i livelli della gerarchia.

**E. Area dell'informatica.**

Cultura informatica e gestione dei software presenti all'interno della Struttura. Per le tematiche previste l'Organizzazione intende avvalersi il più possibile della collaborazione progettuale e realizzativa del proprio personale interno, prima di avvalersi di personale esterno, con ruolo di docenza.

La partecipazione ad attività di formazione e aggiornamento costituisce un diritto e un dovere per il personale dipendente, in quanto funzionale alla piena realizzazione e allo sviluppo delle specifiche professionalità, finalizzate al perseguimento degli obiettivi strategici della Struttura. Il personale che partecipa alle iniziative di formazione e aggiornamento è considerato in servizio a tutti gli effetti. Le iniziative sono organizzate di norma durante l'orario di lavoro e, solo dove strettamente necessario, anche al di fuori dell'orario di lavoro. Il PF – Piano Formativo si provvederà a comunicare, per tempo, il





calendario dei vari corsi, con le relative date. Allo scopo di adottare il più possibile le metodiche di tipo attivo, in base al numero di partecipanti previsti, saranno programmate più edizioni della stessa azione formativa. Qualora il dipendente autorizzato a frequentare l'iniziativa, non possa parteciparvi, anche parzialmente, è tenuto a darne tempestiva motivata comunicazione. La tipologia di rapporto valevole per il personale dipendente sarà instaurata anche con il personale in libera professione.



## 1. Premessa

Il concetto post-moderno di **umanizzazione** dei servizi si rivolge alla complessità della persona, prestando particolare attenzione alle sue dimensioni fisiche, emotive, psicologiche. In Italia di umanizzazione in ambito sanitario si parla dal 1992 con il **Decreto Legislativo del 30 dicembre n. 502**, che introduce il principio del costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni alle esigenze dei cittadini utenti preordinando allo scopo uno specifico sistema di indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio, riguardante la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie.

Detti indicatori, in seguito definiti nel dettaglio dal D.M. del 15 ottobre 1996, benché stabiliscano una serie di parametri di riferimento a livello nazionale e regionale per il monitoraggio del rispetto dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, non prevedono un'esplicita **valutazione qualitativa** delle azioni di umanizzazione nel contesto sanitario. Basti pensare che il termine 'umanizzazione' ricorre tra gli indicatori del decreto ministeriale solo una volta per riferirsi alla percentuale di strutture sanitarie dotate di protocolli di dimissione protetta che prevedono il coinvolgimento del territorio. Come dire, un'espressione misurativa eccessivamente ristretta rispetto a una pluriforme realtà di azioni sanitarie in tema di umanizzazione.

Ciò nonostante, sebbene non si faccia esplicito riferimento al termine umanizzazione, tra gli altri **indicatori** previsti dalla normativa si segnalano:

- il numero di dimissioni accompagnate da una relazione sanitaria per il medico di medicina generale;
- il numero medio di ore giornaliere di apertura ai visitatori;
- l'esistenza di procedure scritte e di consenso informato;
- il numero medio di giorni necessari per ottenere, dalla richiesta, la cartella clinica;
- la distribuzione di un opuscolo all'atto del ricovero relativo alle informazioni sull'ospedale; il numero di letti per camera di degenza con servizi igienici riservati;
- il numero di servizi igienici per degenti/posti letto; la possibilità di scelta del menù.

Le aree dell'umanizzazione delle cure sono raggruppate in quattro:

- 1) processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona;
- 2) accessibilità fisica, vivibilità e comfort nei luoghi di cura;
- 3) accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza;
- 4) cura della relazione con il paziente/cittadino.

## 2. Le istanze di umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza sanitaria

Premettendo che con la locuzione *umanizzazione* e la *personalizzazione* dell'assistenza si indicano che i processi di *miglioramento della qualità*, nei diversi ambiti della Sanità, non possono limitarsi ad affrontare la dimensione 'oggettiva' delle prestazioni sanitarie, cioè l'insieme delle caratteristiche scientifiche e tecnologiche, per loro natura più facilmente misurabili, delle attività professionali.

Il giudizio di qualità di una prestazione include necessariamente elementi 'soggettivi', a cominciare dalle *percezioni positive sperimentate dal cliente* che accede ai servizi sanitari: in altre parole, il suo grado di *soddisfazione*. Tale è l'assunto della *qualità percepita*, dipendente in così larga misura dalle concrete relazioni che si instaurano tra un cliente ed i professionisti e che talvolta prescinde dalla efficacia sperimentalmente provata delle cure e dai suoi intrinseci caratteri.

Coerentemente, i concetti di 'umanizzazione' e 'personalizzazione' sono venuti ad assumere principalmente, nel linguaggio sanitario, una valenza *socio-organizzativa*: ad essi si è soliti fare riferimento per indicare la necessità di superare i limiti (e le disfunzioni) della dimensione *tecnicistica* di cui soffre l'ospedale contemporaneo, come conseguenza della forte evoluzione della scienza medica nel senso del progresso tecnologico delle cure.



### 3. La personalizzazione dell'assistenza sanitaria

Il concetto di 'personalizzazione', relativamente ai problemi della qualità nelle prestazioni sanitarie, non si risolve comunque nell'approccio organizzativo. Nel dibattito interno alla professione infermieristica, ad esempio, con tale espressione non si designa semplicemente la generica necessità, evidentemente condivisa da tutte le professioni sanitarie, di rendere 'umano' o 'più umano' l'ospedale, cioè più accogliente, meno burocratico, più confortevole e 'caldo', meno impersonale e 'freddo'.

Nel linguaggio dell'infermieristica, il termine 'personalizzazione' si è specializzato ad indicare la *sostanza* ed il *modo* dell'assistenza infermieristica: personalizzare significa dunque *adattare* (e condizionare) l'azione professionale ai costituenti soggettivi che la *persona* esprime come *portatrice di bisogni*.

In altre parole, la competenza dell'infermiere, esercitata nella risoluzione di un particolare problema di salute, che si configura come specifico bisogno di assistenza infermieristica, si applica a quotidiane esperienze (mangiare, muoversi, dormire, respirare, ecc.) in riferimento alle quali l'auto-assistenza o l'intervento specifico dell'infermiere si realizzano a partire non solo dall'organismo in quanto tale e dalle capacità funzionali di cui è geneticamente dotato, ma in eguale misura dal particolare *percorso psichico e culturale che ciascuna persona compie*.

Il problema della personalizzazione dell'assistenza infermieristica si *sostanzia* dunque nel riconoscimento del bisogno di assistenza costituitosi nel singolo cliente, in rapporto al quale le dimensioni psicologica e socio-culturale sono responsabili della traduzione in una domanda di assistenza di tipo fondamentalmente soggettivo. *Non è dunque il cliente che può o deve adattarsi all'offerta sanitaria dell'infermiere o dell'istituzione preposta alla sua cura, ma il contrario*. L'infermiere è chiamato a *modulare* l'intervento professionale e le variabili organizzative in funzione della particolare persona umana che ha preso in carico, riconoscendo, *nella relazione che pratica*, l'alterità di cui essa è portatrice.

### 4. Lo statuto infermieristico del dolore

Notevoli sforzi sono stati compiuti, in ambito sanitario, per promuovere un *approccio multidisciplinare al dolore*. Matura è, infatti, la convinzione che esso richieda la rinuncia ad ogni *riduzionismo*, sia fisiopatologico, sia psicologico, sia antropologico o morale. La stessa definizione di 'dolore' dell'OMS, come "esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole, associata ad un danno tissutale potenziale o reale, o descritta in relazione a tale danno", è così ampia e generica da non permettere a nessuna professione sanitaria di appropriarsene in forma esclusiva.

Al dolore si deve dunque rispondere mediante *l'integrazione* di una pluralità di trattamenti originati dal contributo specifico di una pluralità di professionisti. Rilevante diviene, in tal senso, approfondire lo *statuto infermieristico del dolore*, cioè l'oggettivazione e la concettualizzazione che di esso propongono le teorie infermieristiche. I modelli concettuali e le teorie dell'assistenza infermieristica costituiscono, infatti, la precondizione per produrre, attraverso un processo di standardizzazione del linguaggio e di classificazione dei fenomeni, le *tassonomie* necessarie alla comprensione dei problemi relativi alla competenza tecnica specifica dell'infermiere. Tale impostazione considera le categorie utilizzate dai modelli concettuali come *ipotesi a priori, da sottoporre successivamente a prova empirica*, allo scopo di formulare previsioni sui possibili risultati di specifici procedimenti pratici.

Quale spazio occupa, dunque, il *dolore* nelle tassonomie proposte dalla disciplina infermieristica?

### 5. Il dolore oggettivato come modalità di espressione del bisogno di assistenza infermieristica

I modelli concettuali dell'assistenza infermieristica che appartengono alla cosiddetta 'Scuola dei Bisogni' tendono a classificare il dolore come *carattere di un particolare problema di salute e non come entità diagnostica autonoma, come modalità invece che come variabile*. Il dolore è inteso, in altre parole, quale connotato specifico di uno o più bisogni, esperienza di 'accompagnamento' della persona, nella malattia così come nel soddisfacimento dei propri bisogni. In quest'ottica, l'infermiere, più che agire nei confronti di una 'persona che ha dolore' e che deve essere assistita in quanto tale, risponde al dolore *mediante* la risoluzione dei suoi bisogni.

L'infermiere che quotidianamente assiste, nei settings più disparati, portatori di stomia con dolore, oppure persone che si muovono con dolore, che si alimentano con dolore, che eliminano con dolore, si interessa di



esso non tanto e non solo in sé, ma *nella misura in cui limita l'autonomia della persona nel soddisfacimento dei propri bisogni*. Muovere una persona che prova un forte dolore acuto nell'articolare un arto oppure facilitare la respirazione di una persona sottoposta ad intervento chirurgico toracico implicano schemi di intervento specifici, spesso personalizzati, dove la gestione del dolore risulta determinante. Dorothea Orem, autorevole esponente della Scuola dei Bisogni, definisce il dolore come *interferenza* nei processi di auto-cura, fornendo numerose esemplificazioni a proposito dell'assunzione di aria, alimenti, ecc.

Il livello di intervento infermieristico che la concettualizzazione del dolore come ostacolo all'autonomia sembra maggiormente promuovere è l'*analgesia*.

## **6. Il dolore oggettivato come problema di salute**

Di particolare interesse, fra le teorie che considerano fondativo il concetto di bisogno, è l'elaborazione di Helen Yura e Mary B. Walsh, che include nella propria tassonomia la definizione di '*bisogno di libertà dal dolore*'. L'interpretazione di queste Autrici sembra ampliare la concettualizzazione del dolore sino a considerarlo come *autonomo* problema di salute di competenza infermieristica.

In numerose situazioni il dolore non può essere semplicemente considerato come modalità o sintomo. Un sintomo infatti riconduce ad una parte della persona, mentre *il dolore investe un 'tutto'*: è la persona che ha dolore, non un suo organo o apparato. È il dolore che la persona assistita vuole curato e, possibilmente, guarito. Esso è, in tal caso, *un'entità nosologicamente distinta*, un problema di salute *in sé*. I modelli e le teorie dell'assistenza infermieristica che riconoscono il dolore come categoria diagnostica autonoma lo classificano come situazione problematica che può e deve essere direttamente affrontata e risolta per *produrre un sostanziale miglioramento dello stato di salute del cliente*.

Il dolore si traduce così, per la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), in una diagnosi infermieristica, cioè in un problema di salute di competenza infermieristica: Lynda J. Carpenito propone di affrontarlo con tecniche infermieristiche 'non-invasive', quali la distrazione, la stimolazione cutanea ed il rilassamento. Parimenti, il Center for Nursing Classification dell'University of Iowa, responsabile dello sviluppo della Nursing Interventions Classification (NIC), metodo di ricerca induttiva sulla pratica infermieristica statunitense, classifica tra le prestazioni comunemente assicurate dall'infermiere statunitense il 'pain management'.

Lo stesso Codice Deontologico dell'Infermiere, nella parte dedicata ai doveri più elevati dell'assistenza infermieristica, richiama i professionisti ad un intervento diretto sul dolore: "L'infermiere è al servizio della vita dell'uomo; *lo aiuta* ad amare la vita, a superare la malattia, *a sopportare la sofferenza* e ad affrontare l'idea della morte".

La concettualizzazione del dolore come categoria diagnostica di competenza infermieristica completa la sequenza dei livelli di intervento, poiché lo scopo dell'assistenza è ottenere la sua *eliminazione* o, perlomeno, la sua *riduzione*.

## **7. Il dolore soggettivato dal cliente**

Una corretta definizione del dolore da parte della disciplina infermieristica non può prescindere dal significato che ad esso viene attribuito dalla persona che lo prova - nel corpo, nella psiche e nelle relazioni con gli altri. Il dolore, si è detto, è l'esperienza di una persona e non la mera espressione di un corpo. Per il cliente valgono, dunque, innanzitutto i paradigmi della *percezione* e del *significato*.

Sempre più spesso il dolore e la sofferenza, nella nostra società, assumono il significato di *vicenda umana inaccettabile*; anche per questo, più l'infermiere ricerca la *comprensione del senso* che al dolore attribuisce la persona che assiste, più è coinvolto nel confronto con la sua inaccettabilità. *Più, oggi, il dolore è compreso, meno è risolvibile!* Da qui, forse, scaturisce il rischio del distacco e della riduzione tecnicistica dell'intervento sanitario.

Eppure, solo l'adesione fedele ai principi della personalizzazione dell'assistenza infermieristica, cioè la *comprensione delle dimensioni soggettive del bisogno di non-dolore* e l'*adattamento dell'intervento professionale alla cultura della persona sofferente* permette di superare i limiti di un'assistenza troppo tecnica o troppo inefficace.



## **8. Metodo infermieristico, personalizzazione e dolore**

Un *metodo scientifico* ha lo scopo di fornire *logica* e *sintassi* per interpretare razionalmente e risolvere con efficacia i *problemi* posti nei diversi ambiti conoscitivi o nell'esercizio professionale. Poiché l'assistenza infermieristica si caratterizza come professione *intellettuale*, fondata su un *sapere proprio* e sulla *discrezionalità* dell'agire, si richiama necessariamente all'applicazione di un metodo scientifico, cioè *valido*, *attendibile* ed *intersoggettivo*. Esso è il punto di riferimento permanente del professionista che assicura prestazioni infermieristiche e costituisce la base per produrre *strumenti informativi* per la gestione e la verifica dei risultati dell'azione professionale, poiché solo attraverso un trattamento razionale e sistematico dei dati è possibile condurre indagini scientifiche. La disciplina infermieristica non può quindi sottrarsi all'adozione di un *metodo scientifico finalizzato all'identificazione e alla risoluzione di una particolare categoria di problemi*, senza perdere ipso facto ogni pretesa o carattere di scientificità.

Il metodo scientifico, peraltro, non è - per l'infermiere - modalità che esaurisce ogni espressione dell'attività professionale: esso piuttosto introduce all'ineliminabile dimensione del contatto diretto e personale con l'individuale. Il metodo sfocia quindi in un'*arte*, cioè in quell'insieme di espressioni diverse e possibili che emergono dal contatto effettivo con l'individuale. L'assistenza infermieristica, in tal senso, mantiene intatti i suoi attributi artistici, ma - quale scienza matura - non può tollerare l'assenza di un metodo. *La personalizzazione dell'assistenza infermieristica dipende tanto dalla rigosità del metodo quanto dalla creatività dell'intuizione artistica.*

L'assistenza infermieristica contempla la presenza di due *soggetti in relazione*, cioè di due protagonisti attivi e interrelati: il professionista e il beneficiario dell'assistenza infermieristica (con il suo entourage), inteso nella sua globalità bio-fisiologica, psicologica e socio-culturale. Essa si traduce perciò in un procedere metodico *dialogico*. Tale modo del *metodo infermieristico* mira a riconoscere le dimensioni personali del bisogno di assistenza infermieristica, e per tale ragione interpella la dimensione etica dell'agire professionale. La particolare natura dell'oggetto di studio della disciplina infermieristica - la *persona* - implica dunque la necessità di un'alleanza dialogica come preconditione per la comprensione dei suoi problemi (e quindi come garanzia di validità e di attendibilità del processo diagnostico circa i suoi bisogni di assistenza infermieristica).

Un'altra caratteristica del metodo, conseguente alla *doppia misura, oggettiva e soggettiva*, dei problemi di cui il beneficiario dell'assistenza infermieristica è portatore, consiste nell'assenza di un modello rigidamente deterministico per la definizione dei protocolli di intervento. Infatti, al procedere "algoritmico" del metodo scientifico, tipico delle scienze esatte, che descrive dettagliatamente la concatenazione meccanicistica di ciò che deve essere fatto, le discipline umanistiche, e l'infermieristica fra queste, oppongono il concetto di *strategia*, che non necessariamente fornisce un'indicazione circostanziata degli atti da compiere. Esso, piuttosto, mira a precisare lo spirito nel quale la decisione deve essere presa, lo schema generale entro il quale le azioni devono aver luogo e gli obiettivi cui tendere.

Il metodo della disciplina infermieristica maggiormente accreditato in Italia, cioè il *processo di assistenza infermieristica*, è ormai definitivamente acquisito dal piano normativo professionale, come si evince dal Profilo dell'Infermiere, che all'articolo 1 sottolinea l'autonomia della funzione infermieristica connessa all'identificazione dei bisogni, alla formulazione degli obiettivi, alla pianificazione e valutazione degli interventi.

Il *processo di assistenza infermieristica* è strutturato in due momenti fondamentali: il *processo diagnostico* e la *pianificazione*. Il *processo diagnostico* ha la principale finalità di orientare l'infermiere nella sistematizzazione delle informazioni raccolte e nell'identificazione dei *bisogni di assistenza infermieristica*.

La *pianificazione* orienta l'infermiere nella scelta dei mezzi necessari ad assicurare *prestazioni infermieristiche* in un percorso che abbia come finalità il recupero della risposta autonoma ai propri bisogni da parte della persona.

Il processo diagnostico e la pianificazione sono costantemente sottoposti a procedure di *verifica* e di *valutazione*, che pertanto non rappresentano singole o particolari fasi, ma sono concepite come una *dimensione continua e trasversale del processo di assistenza infermieristica*: l'applicazione del metodo



nella prassi invita costantemente l'infermiere alla sua continua *integrazione* e, se necessario, alla ripercorrenza di tali fasi secondo una logica che è tipica dei percorsi reticolari e non lineari.

### **9. La diagnosi personalizzata di dolore**

Il processo diagnostico che l'infermiere compie per una corretta valutazione del dolore considera i caratteri classici di *tipo, intensità, durata, distribuzione spazio-temporale, correlazione con fattori allevianti o scatenanti*.

Questo approccio però è limitato al dolore 'fisicizzato', mentre nella raccolta e nell'analisi delle informazioni, è essenziale ricercare un dolore 'comunicato'. Non sono sufficienti, cioè, scale e strumenti di misurazione 'oggettivi', 'esterni', una sterile 'anamnesi algica', poiché solo attraverso la comprensione dialogica del cliente, ed in particolare dei significati che esso attribuisce all'esperienza di dolore, è possibile identificare correttamente il bisogno. È il senso del dolore che interessa all'infermiere, poiché solo riconoscendo la dimensione soggettiva del bisogno di assenza di dolore è possibile instaurare una efficace relazione professionale, un'alleanza, tra infermiere e cliente.

La diagnosi personalizzata di dolore, perciò, non si fonda tanto sulla *misurazione quantitativa della sua intensità*, ma sulla *comunicazione del suo significato nell'ambito dell'esperienza che l'individuo vive*.

### **10. Il trattamento personalizzato del dolore**

Quali risorse sono attivate dall'infermiere per personalizzare l'assistenza infermieristica nei confronti della persona con dolore? Recenti studi infermieristici descrivono numerose forme di trattamento infermieristico del dolore (pain management): la comunicazione di sostegno, il contatto fisico, le tecniche di rilassamento, la musicoterapia, il training del respiro. Malgrado l'efficacia dimostrata di tali interventi, ormai recepiti dall'Evidence Based Nursing, questa tipologia di assistenza continua ad essere definita e valutata solo ed esclusivamente in relazione al suo *non-essere farmacologica*. L'identificazione delle terapie si esaurisce nei due poli 'farmacologico o non farmacologico' (così come alla figura medica fanno corona tutti i soggetti *non medici...*) come se la qualità di tali trattamenti non potesse essere considerata per ciò che è e non per ciò che non è. Il linguaggio spesso stabilisce la più potente gerarchia, ciò che è 'prima scelta' e ciò che 'avanza': questo genere di espressioni nasconde, prima ancora che un'evidenza scientifica, un rapporto di potere fra i soggetti curanti e, come tale, dovrebbe essere rivisto.

Non sembra fuori luogo, circa il trattamento personalizzato del dolore, l'affermazione che 'la prima terapia è il professionista stesso'. Non a caso, infatti, quasi tutte le tecniche oggi provate sono *people intensive*, cioè realizzate nel quadro di una autentica relazione professionale di tipo empatico. Solo la capacità di ascolto, infatti, può aprire al trattamento dei significati ed al contenimento della solitudine e della sofferenza delle persone provate dal dolore.

Il trattamento del dolore sembra, malgrado ciò, perseguire un'impostazione tecnicistica: come ad esempio le complesse tecniche di autosomministrazione di terapia con infusione continua controllata. È opinione del relatore che la *tecnica* costituisca un bene, a condizione che venga ad essere sempre collegata ad uno *scopo* che, nel nostro caso, non può darsi che nell'alleanza con il beneficiario. È all'interno della relazione assistenziale, infatti, che sono poste le premesse ed i meccanismi per una condivisione profonda delle scelte terapeutiche ed assistenziali, *compreso l'avvalersi di tecnologie*, per le quali il *consenso* del cliente è vincolante.