



# MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'

conforme al DCA 469/2017

|           |               |
|-----------|---------------|
| Edizione  | 0             |
| Revisione | 4             |
| Data      | DICEMBRE 2025 |

## SAN GIUSEPPE

Struttura residenziale per Anziani

### Sede legale

San Giuseppe Srl  
Via Cassia km 32.400  
00063 CAMPAGNANO DI  
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



## SEZIONE 0 - Introduzione

### 0.1. - Distribuzione

Copia controllata  n° \_\_\_\_\_

Copia non controllata

Copia consegnata a

Ente

Data consegna

Il Responsabile della Qualità \_\_\_\_\_



**0.2. - Approvazione e rilascio del Manuale Qualità**

**PREPARATO**

Il Responsabile della Qualità \_\_\_\_\_

**VERIFICATO**

Direttore Sanitario \_\_\_\_\_

Responsabile  
Amministrativo \_\_\_\_\_

**APPROVATO**

Responsabile  
Amministrativo \_\_\_\_\_

Data approvazione \_\_\_\_\_





#### 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.

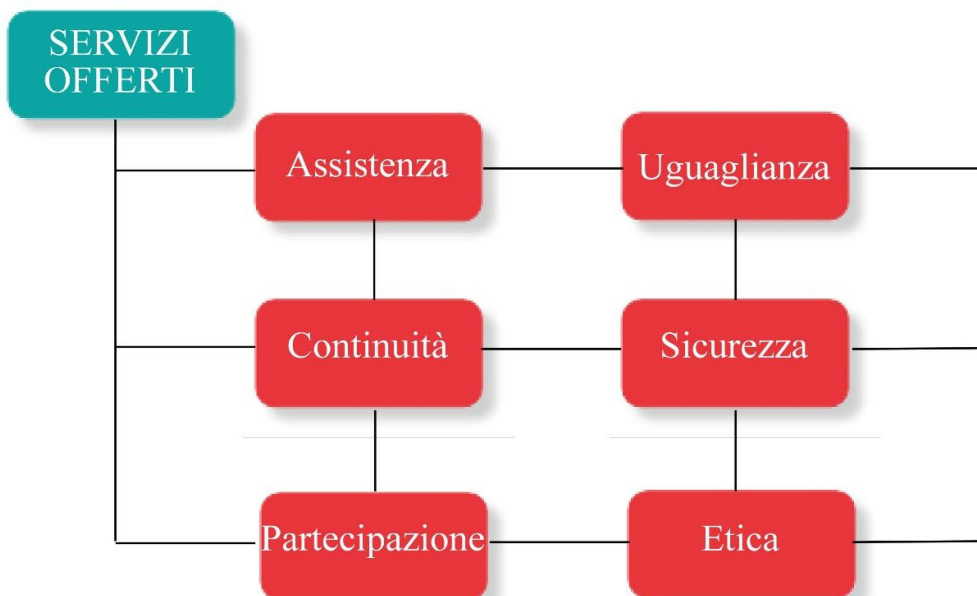
Particolare attenzione viene posta dalla Direzione della **SSG** alle opportunità di ampliamento e miglioramento dei servizi erogati, mediante l'adozione delle seguenti linee di indirizzo generale:

- 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

aumentando eventi positivi quali:

- miglioramenti funzionali e clinici
- partecipazione



## 1.2. - Procedura erogazione servizi - CARTA DEI SERVIZI – PR\_01.00.00

### Indice delle Revisioni

| N° revisione | Data Approvazione | Descrizione | Paragrafi Interessati | Pagine Interessate | Note   |
|--------------|-------------------|-------------|-----------------------|--------------------|--|
| 0            | 20 aprile 2019    | Emissione   | Tutti                 | Tutte              | Emissione a seguito di redazione MQ  |
| 1            | 22 giugno 2019    | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 2            | 01 novembre 2019  | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica figure professionali  |
| 3            | Gennaio 2023      | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 4            | Dicembre 2025     | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Aggiornamento dati della Sede Legale, del Rappresentante legale e modifica strutturale |

### Approvazioni

| Attività     | Responsabile                      | Data | Firma |
|--------------|-----------------------------------|------|-------|
| Elaborazione | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |
| Approvazione | RA Responsabile<br>Amministrativo |      |       |
| Emissione    | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |

### Lista distribuzione

| Reparto | Responsabile | Data | Firma |
|---------|--------------|------|-------|
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |



## 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:



## Reparto Amministrativo

La gestione organizzativa ed operativa è affidata al **Reparto Amministrativo della 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 RSA, i criteri di ricovero, la consegna della modulistica per l'inserimento nella lista di attesa e la prima accoglienza del Paziente. Il flusso informativo e gestionale della RSA è dotato di un sistema informatico computerizzato. 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

## RQ – Responsabile qualità



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

### **.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.

### **Coordinatrice Comparto Sanitario**

In collaborazione con i Medici, la **Coordinatrice Comparto Sanitario**, 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 al Reparto Amministrativo 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 Sanitari

Gli **Operatori Socio Sanitari** 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. La **Coordinatrice Comparto Sanitario**, 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 sia del lenzuolato che degli indumenti personali degli Ospiti, è delegato alla **lavanderia esterna e/o ai familiari degli ospiti**, mentre il controllo la sistemazione degli indumenti lavati, la loro catalogazione e consegna agli Ospiti, è delegata al **reparto OSS**.

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.

## Reparto Cucina

Il coordinamento e produzione della refezione collettiva è assegnata al **Reparto cucina** che 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.



## **Terapista Occupazionale e Educatore Professionale**

L'**animazione**, gestita dal **Terapista Occupazione** e dall' **Educatore Professionale** e coordinata dalla coordinatrice del comparto sanitario, 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 RSA 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 RSA. 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.

## **Reparto Manutenzione**

Gli interventi di manutenzione ordinaria sono svolti, quotidianamente, dall'addetto al Reparto di 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. 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 l' accoglienza residenziale per non 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'Ufficio Ricoveri della ASL di Viterbo.

Per tutti gli inserimenti, al momento della richiesta d'ammissione, è compito del direttore sanitario valutare la compatibilità dei bisogni del futuro ospite con la situazione del gruppo dei residenti in struttura.

Accordato l'inserimento, il reparto amministrativo:

- Informa gli infermieri, il terapeuta occupazionale 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 personale del reparto amministrativo accoglie 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 personale del reparto amministrativo 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 personale amministrativo 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 Sanitario e la Coordinatrice 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.





## SEZIONE 2 - Percorsi assistenziali

### 2.1. - Procedura presa in carico e gestione del Paziente – PR\_02.00.00

#### Indice delle Revisioni

| N° revisione | Data Approvazione | Descrizione | Paragrafi Interessati | Pagine Interessate | Note   |
|--------------|-------------------|-------------|-----------------------|--------------------|--|
| 0            | 20 aprile 2019    | Emissione   | Tutti                 | Tutte              | Emissione a seguito di redazione MQ  |
| 1            | 22 giugno 2019    | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 2            | 01 novembre 2019  | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica figure professionali  |
| 3            | Gennaio 2023      | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 4            | Dicembre 2025     | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Aggiornamento dati della Sede Legale, del Rappresentante legale e modifica strutturale |

#### Approvazioni

| Attività     | Responsabile                      | Data | Firma |
|--------------|-----------------------------------|------|-------|
| Elaborazione | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |
| Approvazione | RA<br>Responsabile amministrativo |      |       |
| Emissione    | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |

#### Lista distribuzione

| Reparto | Responsabile | Data | Firma |
|---------|--------------|------|-------|
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |



## 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 | Ricevimento domanda di inserimento da parte dell' Ufficio Ricoveri ASL di Viterbo e informa il Direttore Sanitario   |
| Direttore Sanitario         | In accordo con la Coordinatrice decide l'accoglienza del Paziente e la collocazione all'interno del Modulo   |
| ESITO POSITIVO              | Verifica disponibilità dei posti accreditati   |
|                             | <b>Se non c'è disponibilità</b><br>Inserimento domanda in lista d'attesa   |
|                             | <b>Se c'è disponibilità</b><br>Autorizzazione da parte della ASL e comunicazione all'utente e/o famiglia dell'avvenuta accettazione con conseguente definizione del periodo d'inserimento<br><b>con modalità web mail o telefonica</b> |



**2.2. - Procedura presa in carico e gestione del Paziente – DOMANDA AMMISSIONE – PR\_02.01.00**

## Indice delle Revisioni

| N° revisione | Data Approvazione | Descrizione | Paragrafi Interessati | Pagine Interessate | Note   |
|--------------|-------------------|-------------|-----------------------|--------------------|--|
| 0            | 20 aprile 2019    | Emissione   | Tutti                 | Tutte              | Emissione a seguito di redazione MQ  |
| 1            | 22 giugno 2019    | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 2            | 01 novembre 2019  | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica figure professionali  |
| 3            | Gennaio 2023      | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 4            | Dicembre 2025     | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Aggiornamento dati della Sede Legale, del Rappresentante legale e modifica strutturale |

## Approvazioni

| Attività     | Responsabile                      | Data | Firma |
|--------------|-----------------------------------|------|-------|
| Elaborazione | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |
| Approvazione | RA Responsabile<br>Amministrativo |      |       |
| Emissione    | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |

## Lista distribuzione

| Reparto | Responsabile | Data | Firma |
|---------|--------------|------|-------|
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |



## 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, ottiene la modulistica necessaria alla valutazione, presso gli Uffici preposti della ASL o presso la Struttura e provvederà a riconsegnarli personalmente presso gli Uffici del Distretto per procedere alla stesura della R.U.G. da parte parte del Geriatra 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 Richiesta di Valutazione per Accesso in RSA che diventa parte integrante e componente del presente MQ – Manuale Qualità



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
VITERBO



U.O.C. Programmazione e Gestione dell'Offerta Accreditati

**MODULO ACCETTAZIONE RICOVERO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**IL RICOVERO PER (DATI UTENTE)**

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_

**TIPOLOGIA DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE (già Ex Art. 26)**

Residenziale  Semiresidenziale

**Scelta centro riabilitativo**

Villa Immacolata  Villa Buon Respiro  Villa Santa Margherita

**TIPOLOGIA DI HOSPICE/CURE PALLIATIVE**

Residenziale  Domiciliare

**Scelta centro di ricovero in Hospice**

Nuova Santa Teresa  Villa Rosa  Hospice My Life Nepi

**TIPOLOGIA DI RSA**

RSA Mantenimento Basso (B)  RSA Mantenimento Alto (A)  RI  RSA Estensivo (E)

RSA Estensivo Disturbi Cognitivo Comportamentali Gravi (DCCG)

RSA Semiresidenziale Mantenimento (S)

**Scelta centro di ricovero in RSA**

Myosotis (B+A+E)  RSA Viterbo (B+A+DCCG+S)  Villa Serena (B+A)  Villa Rosa (B+A)

L'Assunta (B+A)  Residenza Cimina (B+A+E)  Villa Immacolata (B+A+RI)  Villa Anna (A)

Padre Luigi Monti (B)  Villa Benedetta (A+E)  RSA San Giuseppe (B+A)  Santa Rita Nepi (A+E)

NOTE \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE**

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamata dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione delle informazioni di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Generale Europeo 2016/679

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE  
VITERBO  
PARTITA IVA 01455570562

VIA BNRICO FERMI, 15  
01100 VITERBO  
TEL. +39 0761 3391

PEC [prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it](mailto:prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it)  
[www.asl.vt.it](http://www.asl.vt.it)



**RICHIESTA DI VALUTAZIONE PER ACCESSO IN RSA**

Per il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Generalità del richiedente

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

**Si allega la seguente documentazione:**

- fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e del diretto interessato;
- fotocopia del codice fiscale e/o tessera sanitaria del richiedente e del diretto interessato;
- fotocopia di eventuale verbale d'invalidità;
- modulo di richiesta di attivazione del percorso residenziale, semiresidenziale, domiciliare per persone non autosufficienti, anche anziane e per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale (a cura del medico di Medicina Generale);
- eventuale decreto nomina AdS/tutore/curatore;
- ISEE o ricevuta richiesta di ISEE qualora si intenda richiedere la corresponsione della quota/parte per le spese sociali;
- eventuale documentazione sanitaria;
- dichiarazione attestante il grado di parentela.

Il sottoscritto è consapevole che, nel caso in cui intenda richiedere l'intervento economico del Comune per la corresponsione della quota parte della retta relativa alle spese non sanitarie, è indispensabile produrre specifica documentazione attestante la situazione economica dell'interessato al Comune di residenza (ISEE).



## Richiesta valutazione multidimensionale per

Il/la Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / C.F. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

attualmente domiciliato/ricoverato presso \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

In carico ai servizi sociosanitari pubblici per:

assistenza economica    assistenza domiciliare    servizi sociali    assistenza domiciliare erogata dal CAD

casa di riposo (nome, indirizzo, tel) \_\_\_\_\_

centro di riabilitazione (nome, indirizzo, tel) \_\_\_\_\_

Ospedale o Casa di Cura (nome, indirizzo, tel) \_\_\_\_\_

### Sesso

Maschio    Femmina

### Stato Giuridico

soggetto di diritto    soggetto posto a cautela    soggetto posto a tutela

### Stato Civile

celibe/nubile    coniugato/a    vedovo/a    separato/a    divorziato/a    convivente

### Titolo di studio

senza titolo    lic. elementare    media inf.    media sup.    laurea

### Professione esercitata in età lavorativa

dipendente    autonomo    altro \_\_\_\_\_

### Ha a disposizione un alloggio?

di proprietà    in casa con i figli    in casa di altri parenti    in affitto (canone € \_\_\_\_\_)

### Composizione del nucleo dei conviventi

solo/a    con familiare \_\_\_\_\_    altri parenti \_\_\_\_\_

### Nome dei familiari non conviventi tenuti agli alimenti ai sensi dell'art. 433c.c.

\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_



**Invalidità Civile**  SI  NO \_\_\_\_\_ %

**Indennità di accompagnamento**  SI  NO

**Riconoscimento disabilità (L. 104 art. 3 C. 3)**  SI  NO

**Condizione economica (indicare l'importo mensile)**

Pensione sociale € \_\_\_\_\_

Indennità di accompagnamento € \_\_\_\_\_

Pensione di guerra € \_\_\_\_\_

Pensione invalidità civile € \_\_\_\_\_

Pensione di ciechi parziali o completi € \_\_\_\_\_

Pensione di reversibilità € \_\_\_\_\_

Reddito da lavoro/altri redditi € \_\_\_\_\_

Indennità di comunicazione € \_\_\_\_\_

Rendita da patrimonio € \_\_\_\_\_

**TOTALE MENSILE** € \_\_\_\_\_

Nel caso ricorrano le condizioni di un eventuale intervento economico del Comune di residenza, il dichiarante autorizza l'Unità valutativa a trasmettere i dati forniti e il parere dell'UVM al Comune.

Informativa ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000.

Si lascia la presente dichiarazione sotto la propria responsabilità consapevole che chi rilascia dichiarazioni mendaci è punibile per legge ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione delle informazioni di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Generale Europeo 2016/679

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ ha presentato richiesta di valutazione multidimensionale per

l'ospitalità in RSA del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ il data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Operatore \_\_\_\_\_  
(Nome Cognome)

\_\_\_\_\_ Firma

E' vietata ogni riproduzione non autorizzata del documento

Se il documento viene stampato, la copia cartacea non è più un documento soggetto a controllo a meno che non né venga assicurata una gestione controllata.



**PROPOSTA DI ACCESSO IN RSA**  
 (da compilarsi a cura del medico curante)

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

- Patologie di rilievo — neoplasie
- Demenza
- Cecità
- Sordità
- Sindromi
- Condizioni Invalidanti Cardiovascolari
- Condizioni Invalidanti Apparato Locomotore
- Condizioni invalidanti Apparato Respiratorio
- Condizioni Invalidanti Apparato Genito —Urinario
- Condizioni Invalidanti Neurologiche Psichiatriche
- Altro \_\_\_\_\_

Diagnosi:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

La persona è inserita in un programma di:

- Assistenza Programmata
- Assistenza Domiciliare
- Assistenza in Casa di Riposo
- Assistenza in regime di Lungodegenza
- Assistenza in regime di Riabilitazione post-acuzie
- Assistenza in regime di Riabilitazione Ex art. 26
- Assistenza in Ospedale
- Il paziente è trasportabile      SI      NO

Condizioni sanitarie e sociali che motivano la proposta di inserimento in RSA:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Timbro cod. Regionale  
 e firma del Medico

Modello C

\_\_\_\_\_



## ALLEGATO 3

### La mia storia

NOME \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

DOVE HA VISSUTO \_\_\_\_\_

FAMIGLIA D'ORIGINE COMPONENTI

|  |
|--|
|  |
|  |

FAMIFLIA CREATA COMPONENTI

|  |
|--|
|  |
|  |

DOVE VIVE ATTUALMENTE

|  |
|--|
|  |
|  |

Scolarità

|  |
|--|
|  |
|  |

Interessi/hobbies

|  |
|--|
|  |
|--|



|  |
|--|
|  |
|--|

SPOSATO VEDOVO

|  |
|--|
|  |
|  |

FIGLI

|  |
|--|
|  |
|  |

UMORE- CARATTERE

|  |
|--|
|  |
|  |

SPORT PREFERITO

|  |
|--|
|  |
|  |

ORDINATO -  
PULITO

|  |
|--|
|  |
|  |

RELIGIOSO

|  |
|--|
|  |
|  |

MOBILITA'

|  |
|--|
|  |
|  |

Abitudini della persona (es.pasti.. sonno veglia....)

|  |
|--|
|  |
|  |



PATOLOGIE PREGRESSE ( ANSIA DEPRESSIONE ECC.)

|  |
|--|
|  |
|  |

Eventi recenti o passati che possono aver modificato lo stile di vita (es. lutto )

|  |
|--|
|  |
|--|

CONCLUSIONI

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |



## ALLEGATO 04

### **Carta dei Servizi della Struttura Residenziale per Anziani "SAN GIUSEPPE"**

Nella pagine seguenti viene allegata la **Carta dei Servizi** della Struttura Residenziale per Anziani.

La Carta è **parte integrante e sostanziale** della presente domanda di ammissione.

#### **Divulgazione**

La sintesi della Carta dei Servizi è riportata in un breve opuscolo informativo, identificato con **MOD\_00.01.00.00**, avente formato A5 forte-retro, che viene preparato dal Reparto Amministrativo ed esposto all'ingresso principale della struttura.



## **CARTA DEI SERVIZI**

### **Codice Europeo dei Diritti del Malato**

### **Condivisa con AVIS sezione di Acquapendente**

#### **PRESENTAZIONE DELLA STRUTTURA**

La Struttura Residenziale per Anziani SAN GIUSEPPE, che di seguito per brevità verrà indicata con il termine SSG, 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 sede operativa principale su cui opera la SSG è sita in Via del Seminario n 58 ad Acquapendente (VT). 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 SSG garantisce il diritto al rispetto della dignità personale degli utenti, la riservatezza, come da Regolamento Europeo GDPR 679/2016 sulla privacy, l'identificazione del personale dedicato ai pazienti e un trattamento personalizzato. Viene adottata la Carta Europea dei Diritti del Malato (allegata alla Carta dei Servizi).

#### **DATI SOCIETARI, AMBITO TERRITORIALE E BACINO DI UTENZA**

La San Giuseppe Srl ha sede legale a Campagnano di Roma, in Via Cassia km 32.400; gestisce la Struttura Residenziale per Anziani "San Giuseppe", ubicata ad Acquapendente (in provincia di Viterbo), in Via del Seminario n° 58. Rientra pertanto nel territorio di competenza della ASL di Viterbo, la quale serve una popolazione pari a 320 279 abitanti e distribuita su un territorio di 3612 km2, articolato in 60 Comuni (fonte: Piano strategico 2017- 2019 della ASL di Viterbo).





## **POLITICA PER LA QUALITÀ**

La struttura concorre al mantenimento e miglioramento dello stato di salute degli utenti presi in carico, mettendo il cittadino al centro delle proprie attenzioni e scelte, ispirandosi ai principi fondamentali di efficacia e appropriatezza, integrazione dei livelli assistenziali e di efficienza gestionale.

La Politica per la Qualità viene meglio descritta nello specifico documento "Politica per la Qualità".

## **VISION**

La SSG si fonda sull'idea che la partecipazione e l'inclusione degli utenti siano il miglior antidoto contro l'isolamento, l'istituzionalizzazione e la chiusura delle strutture residenziali: si pone pertanto come fine ultimo, oltre a quello dell'offerta di servizi residenziali di qualità, quello della promozione di attività sociali che coinvolgano i cittadini del territorio, affinché la Struttura non risulti un luogo chiuso ed isolato, bensì un luogo aperto e vivo sul territorio stesso.

## **MISSION**

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.

### **FINALITÀ E OBIETTIVI SPECIFICI**

Attraverso l'erogazione delle prestazioni assistenziali, la SSG mira specificamente:

- 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

### **DIFFUSIONE**

La Carta dei Servizi viene pubblicata sul sito istituzionale, e qualsiasi variazione apportata viene aggiornata entro 15 giorni dalla data di emissione. La distribuzione della Carta dei Servizi a tutto il personale avviene nell'ambito di una riunione nel corso della quale il Responsabile della Qualità comunica la performance di qualità riferite al periodo precedente e condivide i nuovi obiettivi. L'incontro è documentato attraverso un verbale firmato dagli operatori della struttura.

Per quanto riguarda la distribuzione agli Utenti/Familiari/Tutori provvede lo Psicologo al momento della domanda di ammissione alla Struttura, della firma del Progetto Assistenziale. Il documento è distribuito in copia cartacea presso l'accoglienza. È pubblicato un estratto in bacheca e integralmente sul sito. Il documento può essere distribuito a chiunque lo richieda.

### **REVISIONE**



È garantita la convocazione almeno una volta l'anno del gruppo di coordinamento con la finalità di riesaminare la Carta dei Servizi ai fini della verifica dell'andamento e del costante miglioramento della qualità dei servizi ed assicura la partecipazione degli operatori.

La Carta dei servizi viene sottoposta semestralmente a verifica del rispetto degli standard di qualità adottati al fine di soddisfare le esigenze/attese dei fruitori del servizio.

## SERVIZI OFFERTI

La SSG eroga servizi assistenziali tesi a persone autosufficienti e non autosufficienti.

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



- **Servizio 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
- **Servizio sanitario**
  - Assistenza medica di base e specialistica
  - Assistenza infermieristica
  - Assistenza farmaceutica
  - Assistenza riabilitativa
  - Assistenza socio-sanitaria
- **Servizio sociale**
  - Coordinamento con i servizi sociali, territoriali e le altre strutture socio-sanitarie
  - Attività di animazione
- **Servizio alberghiero**
  - Portineria e centralino
  - Pulizia e riordino delle aree comuni
  - Lavanderia
  - Ristorazione collettiva
- **Servizio amministrativo**
  - Direzione, coordinamento, segreteria, ragioneria, economato, gestione del personale
  - Manutenzione di beni mobili e immobili
  - Utenze
  - Acquisti di beni mobili, servizi, prodotti vari di consumo



Nell'ambito del programma riabilitativo-assistenziale globale, i singoli interventi sono curati dalle diverse figure professionali e gestiti attraverso forme di programmazione e collaborazione interdisciplinare.

Lo staff di specialisti (medico psicologo clinico, neurologo, psichiatra, psicoterapeuta, infermieri, psicologo, operatori della riabilitazione), a partire dagli esiti di un'accurata valutazione funzionale, elabora ed attua il programma d'intervento definito per ogni utente secondo le competenze e le diverse esigenze (Progetto Assistenziale Individuale - PAI).

## I SERVIZI



### **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, senzadiscriminazione 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 telescopo 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 ognifigura. La dignità del Paziente in assoluto. L'umanità quale valore imprescindibile.

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 |

## **PERCORSO ASSISTENZIALE**

### **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 reparto amministrativo:

- 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.

### **Accoglienza**

Il giorno dell'ingresso il reparto amministrativo accoglie 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 reparto amministrativo 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.

### **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 sanitario insieme alla coordinatrice del comparto sanitario, 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.

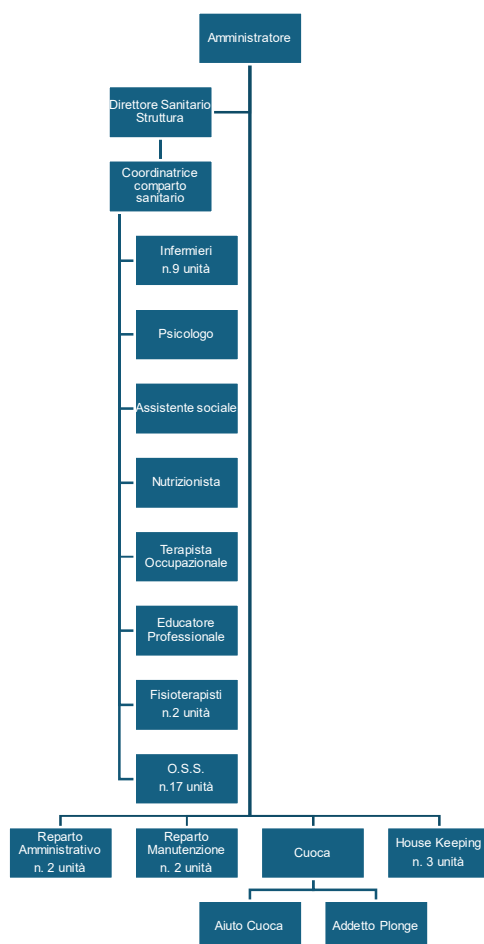
Il piano viene poi presentato a tutti gli operatori in sede di riunione di equipe.

Almeno ogni 6 mesi, il Direttore sanitario e alla coordinatrice del comparto sanitario, 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.

### **CRITERI DI AMMISSIBILITÀ**

I criteri di ammissibilità sono basati su una valutazione clinica globale che il Medico curate de Pazientecompila. La valutazione viene ad essere verificata ed avallata dal Direttore Sanitario che l'acquisisce agli atti. Nella scheda clinica che il Medico dovrà compilare e certificare sono riportati tutti i parametri occorrenti per la corretta gestione clinica del Paziente.

### **ORGANIGRAMMA**



### **ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO**

**SAN GIUSEPPE Struttura Residenziale per Anziani**  
E' vietata ogni riproduzione non autorizzata del documento

Se il documento viene stampato, la copia cartacea non è più un documento soggetto a controllo a meno che non né venga assicurata una gestione controllata.



La sede operativa della Struttura Residenziale per Anziani "San Giuseppe" è ubicata ad Acquapendente, in viadel Seminario n. 58.

La Struttura rispetta i seguenti orari di ingresso per i visitatori:

- **Lunedì, Martedì, Mercoledì, Venerdì e Domenica** dalle **15:30** alle **17:00**
- **Giovedì e Sabato** dalle **10:00** alle **12:00**

## **SEGNALAZIONE DEI RECLAMI E DEI SUGGERIMENTI**

La struttura SSG garantisce la tutela dell'Utente e la sua partecipazione all'assistenza sanitaria attraverso le attività dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), del Servizio Sociale e della Direzione Sanitaria con la presentazione di segnalazioni, osservazioni, suggerimenti, reclami ed osservazioni di gradimento.

Tali osservazioni possono essere presentate dagli Utenti stessi, dai familiari o da persone espressamente delegate, nonché dagli organismi di tutela dei diritti e di volontariato, nelle modalità e nei tempi previsti dai regolamenti vigenti.

Gli uffici preposti alla raccolta dei reclami sono il reparto amministrativo e la Direzione Sanitaria. Al Paziente viene consegnata l'Informativa sulla Riservatezza (Privacy) e verrà richiesto di sottoscrivere il modulo di consenso al trattamento dei dati.

Il Paziente viene accolto in reparto dal personale infermieristico che fornirà a lui ed ai familiari le informazioni relative alla degenza.

### ***Presentazione del reclamo***

Gli Utenti e tutti gli aventi diritto possono utilizzare i seguenti canali comunicativi:

- l'apposito modulo "Segnalazione – Suggerimento – Reclamo – Osservazione di Gradimento" GuestSatisfaction che può essere compilato nell'apposito registro posizionato all'ingresso della struttura.
- lettera in carta semplice, da inviare:
- posta ordinaria al reparto amministrativo – Via del Seminario n 58 – 01021 (Acquapendente)
- posta elettronica [amministrazione@sangiuseppeacquapendente.it](mailto:amministrazione@sangiuseppeacquapendente.it) comprensiva dell'autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Ogni segnalazione, suggerimento, reclamo, presentato in forma scritta viene regolarmente protocollato e gestito secondo quanto previsto dal Sistema di Gestione per la Qualità.

In caso di segnalazione telefonica, viene chiesto all'Utente il consenso per verbalizzare, nelle forme predette, le proprie osservazioni e di indicare le proprie generalità per poter dare avvio all'istruttoria.

Per i colloqui diretti con il reparto amministrativo o Direzione Sanitaria viene compilato il modulo annotando quanto segnalato e le generalità di chi segnala.

Gli esposti e le segnalazioni presentati in forma anonima, verbalmente o per iscritto, saranno presi in considerazione dal reparto amministrativo o Direzione Sanitaria, ma sarà mantenuto riservato l'esito di tale segnalazione o esposto.

### ***Istruttoria***

In caso di segnalazioni o di situazioni di univoca ed immediata risoluzione, il reparto amministrativo provvederà a dare immediata risposta all'Utente; nei casi più complessi verranno attivate dal reparto amministrativo e Direzione Sanitaria le necessarie procedure.



Qualora si tratti di segnalazioni, osservazioni o reclami di evidente complessità, ovvero che non si prestino ad immediata definizione, sarà cura della Direzione Sanitaria attivare le necessarie indagini, interessando i Responsabili dei servizi coinvolti, per appurare i fatti segnalati, predisporre una esauriente risposta all'Utente ed adottare tutte le misure necessarie onde evitare la persistenza dell'eventuale disservizio segnalato. I reclami aventi rilevanza legale vengono istruiti in collaborazione con il reparto amministrativo.

### ***Risposta***

Ad ogni segnalazione firmata sarà assicurata una risposta nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 30 giorni dalla presentazione della stessa, salvo cause ostative importanti. Eventuali ritardi nella risposta,

legati alla complessità del caso, saranno comunque comunicati per iscritto all'Utente con le eventuali motivazioni.

### ***Osservazioni di gradimento***

Tutte le osservazioni di gradimento pervenute saranno diffuse agli operatori interessati.

### ***Monitoraggio della soddisfazione degli utenti***

La Direzione ha stabilito un monitoraggio del grado di soddisfazione degli utenti attraverso apposito questionario Guest Satisfaction di seguito riportato.

Con cadenza generalmente semestrale i questionari vengono analizzati ed elaborati dalla Direzione Sanitaria, in collaborazione con il Responsabile della Qualità (RQ) allo scopo di conoscere il grado di soddisfazione delle attese degli Utenti.

## **GESTIONE E TUTELA DEI DIRITTI**

La struttura s'ispira, per la tutela dell'Utente, ai principi sanciti dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 e del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 2005, relativi a:

### ***EGUAGLIANZA***

A tutti i cittadini sono erogati uguali servizi, a prescindere dall'età, sesso, razza, lingua, nazionalità, religione, opinioni politiche, condizioni fisiche, condizioni psichiche, condizioni economiche, struttura della personalità.

### ***IMPARZIALITÀ***

A tutti gli Utenti è assicurato un comportamento obiettivo ed equanime da parte di chiunque operi, a vario titolo, nella struttura.

### ***CONTINUITÀ***

Agli Utenti è assicurata la continuità quantitativa, qualitativa e la regolarità dei servizi.

### ***DIRITTO DI SCELTA***

A tutti gli Utenti è riconosciuto il diritto di poter operare, per la propria salute, le scelte che le vigenti normative e orientamenti etici consentono loro di effettuare.

### ***PARTECIPAZIONE***



L'Utente ha diritto di ottenere dalla struttura, attraverso i suoi operatori, informazioni riguardanti le prestazioni erogate, le modalità di accesso e le relative competenze. Lo stesso ha il diritto di poter identificare immediatamente le persone che lo hanno in cura, ha diritto ad essere puntualmente informato, dal Medico di branca, sul suo stato di salute, sulle cure necessarie, sulle prospettive di guarigione, sui motivi di un eventuale prolungamento dell'iter diagnostico. All'Utente viene richiesto il proprio Consenso Informato per tutte le cure alle quali verrà sottoposto nonché per l'inserimento, eventualmente, in sperimentazioni scientifiche; le suddette informazioni devono riguardare anche i possibili rischi o disagi conseguenti al trattamento.

### ***EFFICACIA ED EFFICIENZA***

La struttura, in considerazione anche del suo ruolo istituzionale di struttura accreditata, è impegnato nell'erogazione di servizi, prestazioni di branca a visita e diagnostica per immagini aggiornate dal punto di vista tecnico e scientifico, avendo come riferimento le linee guida diagnostiche accettate dalle Società

Scientifiche nazionali ed internazionali. Tutti i protocolli clinici sono stati elaborati sulla base di linee guida condivise e recepite dagli operatori interessati.

### ***RISPETTO DELL'UTENTE***

Il rispetto dell'Utente, nel suo valore di individuo e di cittadino, e l'educazione formale rappresentano il criterio informatore dei comportamenti e degli atteggiamenti del personale medico, sanitario, tecnico ed amministrativo che operano all'interno della struttura.

### ***RISPETTO DELLA PRIVACY***

Ai pazienti che si rivolgono alla struttura vengono fornite informazioni sul loro stato di salute, garantendo la massima riservatezza, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in tema di privacy (GDPR privacy 2018). L'Utente, al momento dell'accettazione, dopo aver letto l'Informativa sulla Privacy, compila il Modulo Privacy per il trattamento dei dati personali e sensibili. Tutto il personale è tenuto al segreto professionale su cui vigila la Direzione. La struttura garantisce l'utilizzo dei dati anagrafici ai soli fini previsti e consentiti dalla Legge. La copia della cartella clinica o di referti può essere richiesta solo da parte del diretto interessato o da un suo delegato ed avviene dopo compilazione di apposito modulo.

### ***DIRITTO ALLA SICUREZZA FISICA***

La struttura presta particolare attenzione alla sicurezza fisica degli Utenti, dei visitatori e del personale, con l'approntamento di adeguate dotazioni tecnologiche e impiantistiche e con l'attuazione di corrette misure preventive. Inoltre, è data rigorosa applicazione alle leggi in materia di sicurezza, della quale si riconoscono il valore prioritario e pregiudiziale per un favorevole svolgimento delle pratiche sanitarie.

### ***DOVERI DELL'UTENTE***

All'Utente che chiede di essere assistito o di giovare delle prestazioni erogate dalla struttura corre l'obbligo di adeguarsi, con buona disponibilità, alle regole ed alle disposizioni vigenti nella struttura, al fine di rendere più confortevole e più ordinata la permanenza sua e delle altre persone che condividono la sua stessa esperienza di paziente assistito, rendendo più efficace l'attività del personale addetto alla sua cura.

## **LA CARTA EUROPEA DEI DIRITTI DEL MALATO**



## **DIRITTO A MISURE PREVENTIVE**

Ogni individuo ha diritto a servizi appropriati a prevenire la malattia

### ***DIRITTO ALL'ACCESSO***

Ogni individuo ha il diritto di accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede. I servizi sanitari devono garantire eguale accesso a ognuno, senza discriminazioni sulla base delle risorse finanziarie, del luogo di residenza, del tipo di malattia o del momento di accesso al servizio.

### ***DIRITTO ALLA INFORMAZIONE***

Ogni individuo ha il diritto di accedere a tutti i tipi di informazione che riguardano il suo stato di salute e i servizi sanitari e come utilizzarli, nonché a tutti quelli che la ricerca scientifica e la innovazione tecnologica rendono disponibili.

## **DIRITTO AL CONSENSO**

Ogni individuo ha il diritto ad accedere a tutte le informazioni che lo possono mettere in grado di partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la sua salute. Queste informazioni sono un prerequisito per ogni procedura e trattamento, ivi compresa la partecipazione alla ricerca scientifica.

### ***DIRITTO ALLA LIBERA SCELTA***

Ogni individuo ha il diritto di scegliere liberamente tra differenti procedure ed erogatori di trattamenti sanitari sulla base di adeguate informazioni.

### ***DIRITTO ALLA PRIVACY E ALLA CONFIDENZIALITÀ***

Ogni individuo ha il diritto alla confidenzialità delle informazioni di carattere personale, incluse quelle che riguardano il suo stato di salute e le possibili procedure diagnostiche, così come ha diritto alla protezione della sua privacy durante l'attuazione di esami diagnostici.

### ***DIRITTO AL RISPETTO DEL TEMPO DEI PAZIENTI***

Ogni individuo ha diritto a ricevere i necessari trattamenti sanitari in un periodo di tempo veloce e predeterminato. Questo diritto si applica a ogni fase delle prestazioni erogate.

### ***DIRITTO AL RISPETTO DI STANDARD DI QUALITÀ***

Ogni individuo ha il diritto di accedere a servizi sanitari di alta qualità, sulla base della definizione e del rispetto di precisi standard.

### ***DIRITTO ALLA SICUREZZA***

Ogni individuo ha il diritto di essere libero da danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari e dagli errori medici, e ha il diritto di accesso a servizi e trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di sicurezza.

### ***DIRITTO ALLA INNOVAZIONE***

Ogni individuo ha il diritto all'accesso a procedure innovative, incluse quelle diagnostiche, secondo gli standard internazionali e indipendentemente da considerazioni economiche o finanziarie.

### ***DIRITTO A EVITARE LE SOFFERENZE E IL DOLORE NON NECESSARI***

Ogni individuo ha il diritto di evitare quanta più sofferenza possibile, in ogni fase della sua malattia.



***DIRITTO A UN TRATTAMENTO PERSONALIZZATO***

Ogni individuo ha il diritto a programmi diagnostici o terapeutici quanto più possibile adatti alle sue personali esigenze.

***DIRITTO AL RECLAMO***

Ogni individuo ha il diritto di reclamare ogni qual volta abbia sofferto un danno e ha il diritto a ricevere una risposta o un altro tipo di reazione.

***DIRITTO AL RISARCIMENTO***

Ogni individuo ha il diritto di ricevere un sufficiente risarcimento in un tempo ragionevolmente breve ogni qual volta abbia sofferto un danno fisico ovvero morale e psicologico causato da in trattamento di un servizio sanitario.

**2.3. - Procedura presa in carico e gestione del Paziente – LISTA ATTESA – PR\_02.02.00**

## Indice delle Revisioni

| N° | Data | Descrizione | Paragrafi | Pagine | Note |
|----|------|-------------|-----------|--------|------|
|----|------|-------------|-----------|--------|------|



| revisione | Approvazione     | Interessati | Interessate |       |  |
|-----------|------------------|-------------|-------------|-------|--|
| 0         | 20 aprile 2019   | Emissione   | Tutti       | Tutte | Emissione a seguito di redazione MQ  |
| 1         | 22 giugno 2019   | Revisione   | Tutti       | Tutte | Modifica strutturale   |
| 2         | 01 novembre 2019 | Revisione   | Tutti       | Tutte | Modifica figure professionali  |
| 3         | Gennaio 2023     | Revisione   | Tutti       | Tutte | Modifica strutturale   |
| 4         | Dicembre 2025    | Revisione   | Tutti       | Tutte | Aggiornamento dati della Sede Legale, del Rappresentante legale e modifica strutturale |

## Approvazioni

| Attività     | Responsabile                      | Data | Firma |
|--------------|-----------------------------------|------|-------|
| Elaborazione | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |
| Approvazione | RA Responsabile<br>Amministrativo |      |       |
| Emissione    | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |

## Lista distribuzione

| Reparto | Responsabile | Data | Firma |
|---------|--------------|------|-------|
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |



## 1. Aspetti generali

**1.1** Attualmente la struttura dispone soltanto di posti accreditati con il sistema regionale. Pertanto la lista d'attesa è gestita direttamente dall'Ufficio preposto della ASL (Ufficio Ricoveri). La lista d'attesa è aggiornata e visionabile sulla piattaforma Cliges 2, che è l'applicativo per la gestione di servizi clinici e amministrativi utilizzato dalla ASL di riferimento.

**1.2** L' Ufficio Ricoveri al ricevimento da parte della struttura della disponibilità di nuovi posti per l'accoglienza autorizza il ricovero di nuovi pazienti attingendo alla lista relativa al livello di assistenza pertinente.



**2.4. - Procedura presa in carico e gestione del Paziente – CARTELLA CLINICA – PR\_02.03.00**

## Indice delle Revisioni

| N° revisione | Data Approvazione | Descrizione | Paragrafi Interessati | Pagine Interessate | Note   |
|--------------|-------------------|-------------|-----------------------|--------------------|--|
| 0            | 20 aprile 2019    | Emissione   | Tutti                 | Tutte              | Emissione a seguito di redazione MQ  |
| 1            | 22 giugno 2019    | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 2            | 01 novembre 2019  | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica figure professionali  |
| 3            | Gennaio 2023      | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 4            | Dicembre 2025     | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Aggiornamento dati della Sede Legale, del Rappresentante legale e modifica strutturale |

## Approvazioni

| Attività     | Responsabile                      | Data | Firma |
|--------------|-----------------------------------|------|-------|
| Elaborazione | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |
| Approvazione | RA Responsabile<br>Amministrativo |      |       |
| Emissione    | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |

## Lista distribuzione

| Reparto | Responsabile | Data | Firma |
|---------|--------------|------|-------|
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |



## 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 inviate dalla ASL.

**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)
- Registre 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).
- Informative 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 minorenne;
- 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

#### **Responsabile Amministrativo 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

#### **5. Medici 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.
- 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.
- 

#### **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 "positivi"2 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.



**2.5. - Procedura presa in carico e gestione del Paziente – SOMMINISTRAZIONE TERAPIA  
FARMACOLOGICA – PR\_02.04.00**

## Indice delle Revisioni

| N° revisione | Data Approvazione | Descrizione | Paragrafi Interessati | Pagine Interessate | Note   |
|--------------|-------------------|-------------|-----------------------|--------------------|--|
| 0            | 20 aprile 2019    | Emissione   | Tutti                 | Tutte              | Emissione a seguito di redazione MQ  |
| 1            | 22 giugno 2019    | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 2            | 01 novembre 2019  | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica figure professionali  |
| 3            | Gennaio 2023      | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 4            | Dicembre 2025     | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Aggiornamento dati della Sede Legale, del Rappresentante legale e modifica strutturale |

## Approvazioni

| Attività     | Responsabile                      | Data | Firma |
|--------------|-----------------------------------|------|-------|
| Elaborazione | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |
| Approvazione | RA Responsabile<br>Amministrativo |      |       |
| Emissione    | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |

## Lista distribuzione

| Reparto | Responsabile | Data | Firma |
|---------|--------------|------|-------|
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |



## 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, antidiarroidi, 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 proscrittore, 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.

## **Modelli utilizzati**

### **5. Piano farmacologico**

### **6. Procedura interna Piano Farmacologico**



**2.6. - Procedura presa in carico e gestione del Paziente – ANALISI CLINICHE – PR\_02.05.00**

## Indice delle Revisioni

| N° revisione | Data Approvazione | Descrizione | Paragrafi Interessati | Pagine Interessate | Note   |
|--------------|-------------------|-------------|-----------------------|--------------------|--|
| 0            | 20 aprile 2019    | Emissione   | Tutti                 | Tutte              | Emissione a seguito di redazione MQ  |
| 1            | 22 giugno 2019    | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 2            | 01 novembre 2019  | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica figure professionali  |
| 3            | Gennaio 2023      | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 4            | Dicembre 2025     | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Aggiornamento dati della Sede Legale, del Rappresentante legale e modifica strutturale |

## Approvazioni

| Attività     | Responsabile                      | Data | Firma |
|--------------|-----------------------------------|------|-------|
| Elaborazione | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |
| Approvazione | RA Responsabile<br>Amministrativo |      |       |
| Emissione    | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |

## Lista distribuzione

| Reparto | Responsabile | Data | Firma |
|---------|--------------|------|-------|
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |



## 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 struttura:**

- 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.

## **6.VISITE SPECIALISTICHE**



La procedura definisce le modalità per la richiesta e svolgimento delle visite specialistiche destinate ad indagini cliniche approfondite tese al miglioramento dello stato di salute dei pazienti.  
Le richieste di visite specialistiche vengono gestite direttamente dopo prescrizione del DS confermata dal medico curante dal reparto infermeria che comunica e coordina tutte le attività con i reparti di competenza.

## **MODULI UTILIZZATI**

### **7. Pianificazione visite interne ed esterne**



## Idratazione ed Evacuazione

### Indice delle Revisioni

| N° revisione | Data Approvazione | Descrizione | Paragrafi Interessati | Pagine Interessate | Note   |
|--------------|-------------------|-------------|-----------------------|--------------------|--|
| 0            | 20 aprile 2019    | Emissione   | Tutti                 | Tutte              | Emissione a seguito di redazione MQ  |
| 1            | 22 giugno 2019    | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 2            | 01 novembre 2019  | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica figure professionali  |
| 3            | Gennaio 2023      | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 4            | Dicembre 2025     | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Aggiornamento dati della Sede Legale, del Rappresentante legale e modifica strutturale |

### Approvazioni

| Attività     | Responsabile                      | Data | Firma |
|--------------|-----------------------------------|------|-------|
| Elaborazione | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |
| Approvazione | Ra Responsabile<br>Amministrativo |      |       |
| Emissione    | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |

### Lista distribuzione

| Reparto | Responsabile | Data | Firma |
|---------|--------------|------|-------|
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |



### 1.8.1. Scopo

Scopo della presente procedura 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.

### 1.8.2. Responsabilità

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

### 1.8.3. Fattori di rischio di disidratazione

I fattori che possono aumentare il rischio di disidratazione in condizioni cliniche e fattori ambientali, sono i seguenti:

- **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: disfagia, vomito e diarrea, infezioni, pluripatologie croniche, depressione.

### 1.8.4. Modalità operative

#### 1.8.4.1 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.

#### **1.8.4.2 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 sviluppare un piano finalizzato a ridurre i fattori di rischio e a mantenere un adeguato stato di idratazione.

Gli interventi per aumentare l'assunzione di liquidi nelle persone anziane sono 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 cannuccie, 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.

#### **1.8.5. PIANO ECACUAZIONI**

Un corretto monitoraggio delle fasi di evacuazione consente di poter intervenire, dove necessario, per risolvere problematiche tese all'espletamento delle funzioni fisiologiche dei pazienti.

La comunicazione tra reparto OSS e Infermeria riveste un ruolo prioritario e basilare.

L'applicazione di terapie transitorie, da parte del Reparto Infermieristico, è la condizione indispensabile per poter migliorare il decorso clinico dei pazienti.

Come già detto, le figure coinvolte, grazie alla corretta applicazione della procedura, possono rendere l'andamento clinico consono all'abbattimento di fasi di disagio tipiche di pazienti allettati e/o non autosufficienti.

#### **MODULI UTILIZZATI**

- **9. Procedura idratazioni**
- **8. Procedura evacuazioni**





**2.8. - Procedura presa in carico e gestione del Paziente – CONTENZIONE FISICA – PR\_02.07.00**

## Indice delle Revisioni

| N° revisione | Data Approvazione | Descrizione | Paragrafi Interessati | Pagine Interessate | Note   |
|--------------|-------------------|-------------|-----------------------|--------------------|--|
| 0            | 20 aprile 2019    | Emissione   | Tutti                 | Tutte              | Emissione a seguito di redazione MQ  |
| 1            | 22 giugno 2019    | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 2            | 01 novembre 2019  | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica figure professionali  |
| 3            | Gennaio 2023      | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 4            | Dicembre 2025     | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Aggiornamento dati della Sede Legale, del Rappresentante legale e modifica strutturale |

## Approvazioni

| Attività     | Responsabile                      | Data | Firma |
|--------------|-----------------------------------|------|-------|
| Elaborazione | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |
| Approvazione | RA Responsabile<br>Amministrativo |      |       |
| Emissione    | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |

## Lista distribuzione

| Reparto | Responsabile | Data | Firma |
|---------|--------------|------|-------|
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |



## 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-schiuma 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 cognitività 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<br>infermiere     |
| Valutare lo stato di coscienza della persona che deve essere sottoposta a terapia; | Medico<br>infermiere     |
| Valutare il grado di collaborazione del paziente tramite colloquio;                | Medico<br>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**

**OPERATORI COINVOLTI**

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| 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<br>Scegliere il mezzo di contenzione adeguato   |
| Infermiere                    | Posizionare il mezzo di contenzione   |
| OSS                           | Controllare ogni trenta minuti il corretto posizionamento del mezzo di contenzione<br><br>Evitare di applicare la contenzione per più di 12 ore consecutive salvo situazioni eccezionali<br><br>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.<br><br>Ricorrere ad interventi preventivi per la trombosi venosa profonda se l'utilizzo della contenzione si dovesse protrarre oltre le 24 ore.   |



**2.9. - Procedura presa in carico e gestione del Paziente – EMERGENZE – PR\_02.08.00**

## Indice delle Revisioni

| N° revisione | Data Approvazione | Descrizione | Paragrafi Interessati | Pagine Interessate | Note   |
|--------------|-------------------|-------------|-----------------------|--------------------|--|
| 0            | 20 aprile 2019    | Emissione   | Tutti                 | Tutte              | Emissione a seguito di redazione MQ  |
| 1            | 22 giugno 2019    | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 2            | 01 novembre 2019  | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica figure professionali  |
| 3            | Gennaio 2023      | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 4            | Dicembre 2025     | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Aggiornamento dati della Sede Legale, del Rappresentante legale e modifica strutturale |

## Approvazioni

| Attività     | Responsabile                      | Data | Firma |
|--------------|-----------------------------------|------|-------|
| Elaborazione | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |
| Approvazione | RA Responsabile<br>Amministrativo |      |       |
| Emissione    | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |

## Lista distribuzione

| Reparto | Responsabile | Data | Firma |
|---------|--------------|------|-------|
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |



## 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.



**2.10. - Procedura presa in carico e gestione del Paziente – DECESSO – PR\_02.09.00**

## Indice delle Revisioni

| N° revisione | Data Approvazione | Descrizione | Paragrafi Interessati | Pagine Interessate | Note   |
|--------------|-------------------|-------------|-----------------------|--------------------|--|
| 0            | 20 aprile 2019    | Emissione   | Tutti                 | Tutte              | Emissione a seguito di redazione MQ  |
| 1            | 22 giugno 2019    | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 2            | 01 novembre 2019  | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica figure professionali  |
| 3            | Gennaio 2023      | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 4            | Dicembre 2025     | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Aggiornamento dati della Sede Legale, del Rappresentante legale e modifica strutturale |

## Approvazioni

| Attività     | Responsabile                      | Data | Firma |
|--------------|-----------------------------------|------|-------|
| Elaborazione | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |
| Approvazione | RA Responsabile<br>Amministrativo |      |       |
| Emissione    | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |

## Lista distribuzione

| Reparto | Responsabile | Data | Firma |
|---------|--------------|------|-------|
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |



## 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><br>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><br>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><br>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><br>Dopo la constatazione di morte da parte del medico e gli accertamenti infermieristici, consentire ai familiari di visitare la salma. Dopo la   |           |              |



|   |           |          |
|---|-----------|----------|
| <p>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> | <b>O</b>  | 1-2 ore  |
| <p><b>5^fase</b><br/>Appena ricevuta tutta la documentazione, l'ufficio cortesia provvede ad avvisare il Comune e il medico necroscopo.<br/>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>   | <b>MN</b> | 8-36 ore |

|               |  |  |
|---------------|--|--|
| <b>6^fase</b> |  |  |
|---------------|--|--|



|  |           |         |
|--|-----------|---------|
| <p>L'ufficio cortesia prepara la cartellina dell'ospite e segna sulla copertina la data di decesso. Servirà tenere con sé la cartellina, e avere tutti i dati necessari e per riporre la documentazione prodotta.</p>  | <b>UC</b> | 24-48 h |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- familiari avvisano l'Impresa funebre</li> <li>- chiedere ai familiari o all'Impresa funebre quale sarà il <u>Comune di sepoltura</u> e se il corpo verrà <u>cremato</u>, in questo caso <u>accertarsi se l'ospite era portatore di PACE-MAKER</u>, perché questo deve essere tolto prima della cremazione onde evitare gravi conseguenze.</li> <li>- Se la <u>sepoltura</u> avviene in un Comune diverso da Acquapendente il medico necroscopo deve rilasciare l'<u>Autorizzazione per il trasporto</u> dal Comune di Acquapendente al Comune di destinazione.</li> <li>- <u>Verificare l'esatta residenza dell'ospite</u> necessaria per compilare la modulistica predisposta.</li> <li>- Inviare tramite fax, il modulo di <u>Avviso di morte</u> al Comune allegando una copia di un documento d'identità del deceduto.</li> </ul>   | <b>UC</b> |         |
| <p>Specificare sempre sia il luogo di sepoltura, sia se verrà cremato.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo dopo l'uscita del medico necroscopo chiedere all'Impresa funebre di portare il coperchio frigo.</li> <li>• Se il corpo viene <u>cremato</u> gli famigliari devono presentare l'autocertificazione di presenza di pace-maker al comune</li> <li>• Il medico deve compilare il certificato che la morte non sia dovuta a reato</li> <li>• Una volta ricevuta la documentazione dal distretto consegnarla all'Impresa funebre</li> <li>• Preparare lettere di condoglianze per tutti i familiari dell'ospite, i nominativi si trovano nell'elenco del Direttore.</li> <li>• Avvisare il Direttore tramite <u>sms</u> per informarlo del decesso, anche se è sabato o domenica. Quando è in ferie la comunicazione si farà il giorno prima del suo rientro in struttura.</li> <li>• Sul foglio presenze del personale si farà un segno in alto a destra con l'evidenziatore rosa, per i primi 3 giorni dopo il decesso.</li> <li>• Se il decesso avviene di sabato, domenica o festivi, se non c'è Alice in turno all'ufficio cortesia, appena si ha la Constatazione di morte, si deve avvisare tramite <u>sms</u></li> </ul> <p>Di tutta la documentazione deve essere fatta una fotocopia e messa nella cartellina dell'ospite.<br/>L'impresa funebre prima di sistemare la salma slaccia la cordicella e la ripone al gancio vicino la porta.</p> |           | 24-48 h |

|   |           |            |
|---|-----------|------------|
| <p><b>7^fase</b><br/>La coordinatrice sanitaria provvede alla chiusura del foglio terapia nelle Schede Terapia e alla sospensione delle richieste farmaci o</p> | <b>CS</b> | 1-2 giorni |
|---|-----------|------------|



|  |          |            |
|--|----------|------------|
| 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>8^fase</b><br>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 |



### SEZIONE 3 - Monitoraggio e valutazioni

#### 3.1. - Procedura monitoraggio e valutazione – PR\_03.00.00

### Indice delle Revisioni

| N° revisione | Data Approvazione | Descrizione | Paragrafi Interessati | Pagine Interessate | Note   |
|--------------|-------------------|-------------|-----------------------|--------------------|--|
| 0            | 20 aprile 2019    | Emissione   | Tutti                 | Tutte              | Emissione a seguito di redazione MQ  |
| 1            | 22 giugno 2019    | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 2            | 01 novembre 2019  | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica figure professionali  |
| 3            | Gennaio 2023      | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 4            | Dicembre 2025     | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Aggiornamento dati della Sede Legale, del Rappresentante legale e modifica strutturale |

### Approvazioni

| Attività     | Responsabile                      | Data | Firma |
|--------------|-----------------------------------|------|-------|
| Elaborazione | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |
| Approvazione | RA Responsabile<br>Amministrativo |      |       |
| Emissione    | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |

### Lista distribuzione

| Reparto | Responsabile | Data | Firma |
|---------|--------------|------|-------|
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |



## 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



Processo di monitoraggio

| Obiettivo  | Apertura alla comunità territoriale |                  |   |                   |         |                 |         |
|--|-------------------------------------|------------------|---|-------------------|---------|-----------------|---------|
|  | Operatori<br>-<br>Resp.li           | Indicatori       | Standard  | Tempi Rilevazione |         | Valori Rilevati |         |
|  |                                     |                  |   | 6 mesi            | 12 mesi | 6 mesi          | 12 mesi |
| Strategia  |                                     |                  |   |                   |         |                 |         |
| Elaborazione di progetti con la rete dei servizi socio assistenziali del territorio municipale   | Direttore<br>-<br>Assistenti        | N° di progetti   | Almeno 4 progetti l'anno                            |                   | •       |                 |         |
| Partecipazione a progetti elaborati dall'esterno   | Direttore<br>-<br>Equipe            | N° di Ospiti     | Presenza di almeno il 70% degli Ospiti per progetto | •                 |         |                 |         |
| Utilizzo degli spazi all'interno della Struttura per organizzare attività aperte al territorio: spettacoli, conferenze, dibattiti, corsi professionali, università popolare, Educazione degli adulti, mostre, presentazione di libri | Direttore<br>-<br>Equipe            | N° di iniziative | Almeno 6 iniziative l'anno                          |                   | •       |                 |         |
| Promuovere ed incentivare la collaborazione nell'organizzazione di eventi esterni ed interni alla Struttura  | Direttore<br>-<br>Equipe            | N° di Ospiti     | Almeno il 30% degli Ospiti                          |                   | •       |                 |         |

| Obiettivo  | Apertura alla comunità territoriale |                           |  |                   |         |                 |         |
|--|-------------------------------------|---------------------------|--|-------------------|---------|-----------------|---------|
|  | Operatori<br>-<br>Resp.li           | Indicatori                | Standard   | Tempi Rilevazione |         | Valori Rilevati |         |
|  |                                     |                           |  | 6 mesi            | 12 mesi | 6 mesi          | 12 mesi |
| Strategia  |                                     |                           |  |                   |         |                 |         |
| Coinvolgimento e partenariati con altre case di riposo e/o strutture pubbliche e private per anziani | Direttore<br>-<br>Equipe            | N° di strutture coinvolte | Coinvolgimento di un'altra Struttura per almeno il 30% delle iniziative/attività programmate |                   | •       |                 |         |



| Obiettivo   | Diffusione della cultura dell'Ospite come risorsa attiva per la comunità territoriale |                                       |   |                   |         |                 |         |
|---|---|---------------------------------------|---|-------------------|---------|-----------------|---------|
|   | Operatori<br>-<br>Resp.li   | Indicatori                            | Standard  | Tempi Rilevazione |         | Valori Rilevati |         |
|   |   |                                       |   | 6 mesi            | 12 mesi | 6 mesi          | 12 mesi |
| Strategia   |   |                                       |   |                   |         |                 |         |
| Coinvolgimento degli anziani in attività che permettano la realizzazione di piccoli spettacoli rappresentabili all'esterno (canto, ballo, teatro, etc.) | Direttore<br>-<br>Equipe  | N° di spettacoli realizzati           | Almeno 2 spettacoli l'anno in occasione delle festività                   |                   | •       |                 |         |
| Pianificazione delle attività ricreative  | Direttore<br>-<br>Equipe  | N° di attività ricreative a settimana | Almeno 3 tipi di attività ricreative diverse per almeno 6 ore a settimana | •                 |         |                 |         |
| Pianificazione di attività culturali da parte di personale esterno alla Struttura   | Direttore<br>-<br>Equipe  | N° di iniziative                      | Almeno una sera a settimana per almeno 2 ore                              | •                 |         |                 |         |
| Pianificazione di attività religiose  | Direttore<br>-<br>Equipe  | N° di iniziative                      | Almeno 2 attività al mese   | •                 |         |                 |         |

| Obiettivo  | Soddisfazione degli Ospiti |                                     |               |                   |         |                 |         |
|--|----------------------------|-------------------------------------|---------------|-------------------|---------|-----------------|---------|
|  | Operatori<br>-<br>Resp.li  | Indicatori                          | Standard      | Tempi Rilevazione |         | Valori Rilevati |         |
|  |                            |                                     |               | 6 mesi            | 12 mesi | 6 mesi          | 12 mesi |
| Strategia  |                            |                                     |               |                   |         |                 |         |
| Somministrazione di questionari, colloqui e momenti di verifica comuni | Direttore<br>-<br>Equipe   | Media percentuale di soddisfazione  | Almeno il 70% | •                 |         |                 |         |
| Raggiungimento del Piano Personalizzato                                | Direttore<br>-<br>Equipe   | Media percentuale di raggiungimento | Almeno il 70% | •                 |         |                 |         |
| Monitoraggio reclami   | Direttore<br>-<br>Equipe   | N° di reclami                       | Meno di 5     | •                 |         |                 |         |



| Obiettivo  | Rispetto dei requisiti in materia di sicurezza, igiene ed ambiente |                      |           |                      |            |                    |            |  |
|--|--|----------------------|-----------|----------------------|------------|--------------------|------------|--|
|  | Operatori<br>-<br>Resp.li  | Indica<br>tori       | Standard  | Tempi<br>Rilevazione |            | Valori<br>Rilevati |            |  |
|  |  |                      |           | 6<br>mesi            | 12<br>mesi | 6<br>mesi          | 12<br>mesi |  |
| Strategia  |  |                      |           |                      |            |                    |            |  |
| Predisposizione di verifiche atte a monitorare il livello di qualità dei servizi di pulizie, manutenzione, lavanderia e ristorazione | Direttore  | N° di non conformità | Meno di 3 | •                    |            |                    |            |  |

**Modelli utilizzati:**

**16.registro ingressi piano ingressi**

**17. guest satisfaction**



### 3.2. - Procedura gestione rischio clinico e gestione eventi avversi – PR\_03.01.00

## Indice delle Revisioni

| N° revisione | Data Approvazione | Descrizione | Paragrafi Interessati | Pagine Interessate | Note   |
|--------------|-------------------|-------------|-----------------------|--------------------|--|
| 0            | 20 aprile 2019    | Emissione   | Tutti                 | Tutte              | Emissione a seguito di redazione MQ  |
| 1            | 22 giugno 2019    | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 2            | 01 novembre 2019  | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica figure professionali  |
| 3            | Gennaio 2023      | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 4            | Dicembre 2025     | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Aggiornamento dati della Sede Legale, del Rappresentante legale e modifica strutturale |

## Approvazioni

| Attività     | Responsabile                      | Data | Firma |
|--------------|-----------------------------------|------|-------|
| Elaborazione | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |
| Approvazione | RA Responsabile<br>Amministrativo |      |       |
| Emissione    | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |

## Lista distribuzione

| Reparto | Responsabile | Data | Firma |
|---------|--------------|------|-------|
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |



## 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'eziologia 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. Siglaro 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". (GRC Regione Toscana "La prevenzione delle cadute in ospedale" 2007) | "Improvviso non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, o assisa o clinostatica" La testimonianza della 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)<br>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   |  |
| <b>SC</b>                   | Struttura Complessa   |  |
| <b>SPP</b>                  | 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...)

### **modelli utilizzati**

#### **9. procedura rischio clinico**



## SEZIONE 4 - Gestione documentale

### 4.1. - Procedura gestione documentale sottoposta alla privacy GDPR 2018 – PR\_04.00.00

## Indice delle Revisioni

| N° revisione | Data Approvazione | Descrizione | Paragrafi Interessati | Pagine Interessate | Note   |
|--------------|-------------------|-------------|-----------------------|--------------------|--|
| 0            | 20 aprile 2019    | Emissione   | Tutti                 | Tutte              | Emissione a seguito di redazione MQ  |
| 1            | 22 giugno 2019    | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 2            | 01 novembre 2019  | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica figure professionali  |
| 3            | Gennaio 2023      | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 4            | Dicembre 2025     | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Aggiornamento dati della Sede Legale, del Rappresentante legale e modifica strutturale |

## Approvazioni

| Attività     | Responsabile                      | Data | Firma |
|--------------|-----------------------------------|------|-------|
| Elaborazione | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |
| Approvazione | RA Responsabile<br>Amministrativo |      |       |
| Emissione    | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |

## Lista distribuzione

| Reparto | Responsabile | Data | Firma |
|---------|--------------|------|-------|
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |



## 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 riposte 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 matricole 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 in 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.



## SEZIONE 5 – Comunicazione, formazione e sviluppo competenze

### 5.1. - Procedura comunicazione, formazione e sviluppo competenze – PR\_05.00.00

#### Indice delle Revisioni

| N° revisione | Data Approvazione | Descrizione | Paragrafi Interessati | Pagine Interessate | Note   |
|--------------|-------------------|-------------|-----------------------|--------------------|--|
| 0            | 20 aprile 2019    | Emissione   | Tutti                 | Tutte              | Emissione a seguito di redazione MQ  |
| 1            | 22 giugno 2019    | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 2            | 01 novembre 2019  | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica figure professionali  |
| 3            | Gennaio 2023      | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 4            | Dicembre 2025     | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Aggiornamento dati della Sede Legale, del Rappresentante legale e modifica strutturale |

#### Approvazioni

| Attività     | Responsabile                      | Data | Firma |
|--------------|-----------------------------------|------|-------|
| Elaborazione | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |
| Approvazione | RA Responsabile<br>Amministrativo |      |       |
| Emissione    | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |

#### Lista distribuzione

| Reparto | Responsabile | Data | Firma |
|---------|--------------|------|-------|
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |



## 1. Scopo

Grande attenzione viene riservata dall'organizzazione dell'SSG al soddisfacimento dei bisogni, mantenere dignità e rispetto della persona, attraverso la professionalità e il coinvolgimento di chi vi opera. In questa ottica è fondamentale, per garantire la qualità dei servizi resi, la formazione del personale.

L'organizzazione definisce quindi le modalità di partecipazione dei dipendenti ad attività di carattere obbligatorio e le eventuali facilitazioni per la partecipazione a quelle facoltative.

Si è tenuto conto sia della normativa vigente in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro, sia della Legge 22 dicembre 2011, n. 214, articolo 33 che prevede l'obbligo per tutti i professionisti di seguire percorsi di formazione continua, nonché per i professionisti sanitari quanto previsto dalla normativa vigente in materia di educazione continua in medicina .

I moduli e gli argomenti trattati sono i seguenti:

| Descrizione<br>attività formativa                                      | Mesi |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     | Tot. |        |
|--|------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|------|--------|
|  | 1°   | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | 12° |      |        |
| Corso di aggiornamento per assistenti                                  | 10   |    |    | 10 | 10 |    |    | 10 |    |     |     |     |      | 40 ore |
| Corso BLS  |      |    | 4  |    |    |    | 4  |    |    |     |     |     |      | 8 ore  |
| Corso di aggiornamento per animatori                                   |      |    | 4  |    |    |    | 4  |    |    |     |     |     |      | 8 ore  |
| Corso di formazione D. Lgs.81/2008                                     |      | 10 |    | 10 |    |    |    |    |    |     |     |     |      | 20 ore |
| Il monitoraggio della soddisfazione degli utenti nei servizi           |      |    |    |    |    | 2  |    |    |    |     |     | 3   |      | 5 ore  |
| La comunicazione efficace con l'assistito e gli operatori              |      |    |    |    |    |    |    |    | 5  |     |     |     |      | 5 ore  |
| Corso di aggiornamento di informatica                                  | 4    |    |    |    |    |    | 4  |    |    |     |     |     |      | 8 ore  |
| Direttive inerenti il trattamento dei dati sensibili GDPR privacy      |      |    | 2  |    | 2  |    |    |    |    |     |     |     |      | 4 ore  |
| Migliorare il servizio assistenziale nei confronti degli utenti        |      | 4  | 4  |    |    |    |    |    | 4  | 4   |     |     |      | 16 ore |
| Corso di aggiornamento sulla qualità UNI EN ISO 9001:2008              |      |    |    |    |    | 8  |    |    |    |     |     |     |      | 8 ore  |
| I bisogni assistenziali di utenti anziani                              |      |    |    | 6  |    |    |    |    | 6  |     |     |     |      | 12 ore |
| Il disagio: valorizzazione potenzialità presenti e tipologie di malati |      |    |    | 4  |    |    |    | 4  |    |     |     |     |      | 8 ore  |
| Corso su Stress lavoro correlato                                       |      |    |    |    |    |    |    | 8  |    |     |     |     |      | 8 ore  |
| Diabetologia Tabelle, valori nutrizionali.                             |      |    |    | 4  |    |    |    | 4  |    |     |     |     |      | 8 ore  |
| Corso come evitare il burn-out   |      |    | 6  |    |    |    |    | 6  |    |     |     |     |      | 12 ore |
| Corso sull'Alzheimer   |      |    | 5  |    |    |    |    | 5  |    |     |     |     |      | 10 ore |



|                                |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |          |          |              |
|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|--------------|
| 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, la struttura, 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.



## SEZIONE 6 - Umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza

### 6.1. - Procedura umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza – PR\_06.00.00

#### Indice delle Revisioni

| N° revisione | Data Approvazione | Descrizione | Paragrafi Interessati | Pagine Interessate | Note   |
|--------------|-------------------|-------------|-----------------------|--------------------|--|
| 0            | 20 aprile 2019    | Emissione   | Tutti                 | Tutte              | Emissione a seguito di redazione MQ  |
| 1            | 22 giugno 2019    | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 2            | 01 novembre 2019  | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica figure professionali  |
| 3            | Gennaio 2023      | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Modifica strutturale   |
| 4            | Dicembre 2025     | Revisione   | Tutti                 | Tutte              | Aggiornamento dati della Sede Legale, del Rappresentante legale e modifica strutturale |

#### Approvazioni

| Attività     | Responsabile                      | Data | Firma |
|--------------|-----------------------------------|------|-------|
| Elaborazione | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |
| Approvazione | RA Responsabile<br>Amministrativo |      |       |
| Emissione    | RQ<br>Responsabile Qualità        |      |       |

#### Lista distribuzione

| Reparto | Responsabile | Data | Firma |
|---------|--------------|------|-------|
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |
|         |              |      |       |



## 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.