

ISTITUZIONE PUBBLICA DI ASSISTENZA E BENEFICENZA

I.P.A.B.
Suor Diodata Bertolo
36066-Sandrigò (VI)

CARTA DEI SERVIZI

**Area Sanitaria
Ospedale di Comunità**

PREMESSA

La carta dei servizi è un documento che presenta l'IPAB Suor Diodata Bertolo, illustrandone i valori di riferimento, la filosofia operativa, l'organizzazione, i servizi, le modalità di accesso, i diritti di Ospiti e familiari, i percorsi della qualità.

Attraverso questo strumento il cittadino può operare una scelta che risponda ai propri bisogni, considerati i servizi ed i livelli di qualità che l'Ente si impegna a garantire.

Per chi è già Paziente della nostra Struttura, la carta dei servizi, è uno strumento che permette di verificare la corrispondenza fra il servizio effettivamente erogato e quello promesso.

Lo scopo del documento è quindi quello di dare alle persone interessate una informazione preventiva sulla qualità e tipologia dei servizi dell'IPAB "Suor Diodata Bertolo" affinché possa prendere le sue decisioni a "ragion veduta".

La Carta dei servizi disciplina i rapporti fra l'Utente ed il Centro servizi e tende a favorire uno scambio reciproco e continuo di suggerimenti ed informazioni utili ad un costante miglioramento della qualità dell'offerta e della soddisfazione degli Ospiti e dei loro familiari.

Approvato con O.P. n° 01 del 05/01/2023

INDICE

PREMESSA	pag. 1
CENNI STORICI	pag. 3
ASSETTO ISTITUZIONALE	pag. 4
MISSION	pag. 5
LE SEDI	pag. 6
OSPEDALE DI COMUNITÀ (OdC)	pag. 7
MODELLO ORGANIZZATIVO	pag. 8
La Relazione	pag. 8
Lavoro in Equipe	pag. 9
Progetto Individualizzato	pag. 9
Unità Operativa Interna	pag. 9
MODALITA' DI EROGAZIONE DEI SERVIZI	pag. 10
MODALITA' DI ACCESSO	pag. 10
L'INTEGRAZIONE CON LA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI	pag. 10
ALLEGATO 1 (Schede dei Servizi e delle Figure Professionali)	pag. 11
ALLEGATO 2 (Contatti)	pag. 19
ALLEGATO 3 (Scheda Suggerimenti e Reclami)	pag. 20
ALLEGATO 4 (Costi)	pag. 21

CENNI STORICI

L'impegno di Sandrigo per gli anziani prende corpo qualche tempo dopo la seconda Guerra mondiale. Fino alla fine degli anni '60 un piccolo numero di persone anziane era ospitato presso l'Ospedale Civile di Sandrigo in un reparto separato.

Con l'avvento di nuove norme sulla sanità pubblica, il reparto è stato soppresso e le persone ospitate sono state dimesse.

L'Amministrazione comunale ha affrontato la situazione con urgenza provvedendo da una lato ad alloggiare gli ospiti presso alcune case di riposo limitrofe, dall'altro a ristrutturare l'ex asilo infantile di Via S. Gaetano, ormai in disuso.

Nel 1973 fu inaugurata la nuova Casa di Riposo in Sandrigo, furono fatti rientrare tutti gli ospiti ricoverati altrove e ne fu affidata la gestione all'E.C.A. (Ente Comunale di Assistenza) ente istituito in ogni Comune d'Italia con legge del 1937, allo scopo di"assistere individui e famiglie in condizioni di particolari necessità".

L'E.C.A. provvide ad organizzare la struttura con il personale ed i mezzi necessari, ospitando all'inizio persone non autosufficienti, ed amministrò la struttura fino al 1978, anno in cui l'Ente fu sciolto, in forza della Legge Regionale n. 26/1978.

Personale e mezzi furono trasferiti al Comune di Sandrigo che gestì direttamente la Casa di Riposo fino al 1995 quando fu eretta in I.P.A.B. (Istituzione pubblica di assistenza e beneficenza) com'è tuttora.

Il percorso dall'ECA all'IPAB è scandito dai seguenti avvenimenti:

- **23 dicembre 1992:** il Consiglio Comunale di Sandrigo approva lo statuto della nuova I.P.A.B. con deliberazione n. 293
- **27 gennaio 1993:** il Co.Re.Co. (Comitato regionale di controllo) prende atto della deliberazione senza osservazioni, con ordinanza n.395/1
- Il tutto viene inviato al Presidente della Regione per il decreto di approvazione, ma la Giunta Regionale propone osservazioni e modifiche
- **23 dicembre 1994:** il Consiglio Comunale di Sandrigo accoglie le osservazioni e modifiche proposte dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 104.
- **24 gennaio 1995:** il Presidente della Giunta Regionale del Veneto decreta il riconoscimento giuridico dell'Ente come Istituzione pubblica di assistenza e beneficenza in base alla Legge statale del 1890.

La gestione della Casa di riposo passa definitivamente all'**IPAB Suor Diodata Bertolo** che, in quel momento, accoglie 47 ospiti complessivamente.

Con la gestione viene trasferita all'IPAB anche la proprietà degli immobili, costituiti appunto dalla struttura edilizia della Casa di Riposo; dal parco annesso alla stessa - già acquisito dal Comune negli anni '70 e piantumato gratuitamente dai giovani della Col diretti - dalla Casa Noaro che disponeva di alcuni alloggi protetti.

La storia recente vede ampliarsi le attività dell'Istituto in stretta relazione con il progressivo aumento delle persone non autosufficienti, sottolineato dalla rapida modificazione in aumento degli indici di sopravvivenza e in diminuzione di quelli relativi alla mortalità delle persone.

Alla metà del 2002 viene assorbito dalla nostra IPAB un reparto dell'ex Istituto Salvi di Vicenza, provvisoriamente dislocato al III° piano dell'ex Ospedale Maraschin-Zannini e che riuniva una ottantina di ospiti.

L'8 giugno 2004 viene aperta l'RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) da riconversione ospedaliera nel I° piano dello stesso ex Ospedale, completamente rinnovato, e la gestione è affidata alla nostra IPAB in convenzione con l'ULSS n. 6 Vicenza con 30 posti letto. Successivamente il servizio è stato trasformato in NAISS (Nucleo di Assistenza Socio Sanitaria) e a seguito della DGR il servizio è stato riconvertito in URT (Unità Riabilitativa Territoriale) con 26 posti letto e OdC (Ospedale di Comunità) con 4 posti letto.

ASSETTO ISTITUZIONALE

(Art. 5 – Statuto dell' Ente)

L' organo istituzionale di governo e di indirizzo dell'Ente è il

Consiglio di Amministrazione

composto da sette membri nominati dal Comune di Sandrigo, in carica per cinque anni. Il Consiglio di Amministrazione svolge funzioni di indirizzo, programmazione e controllo.

L'organo di gestione, nominato dal Consiglio di Amministrazione è il

Direttore Generale

ed ha il compito di rendere operativi gli indirizzi del Consiglio stesso in una logica di efficacia, efficienza, economicità e trasparenza.

Il Direttore Generale si avvale di uno Staff di Direzione composto dai Responsabili dell'Area Amministrativa, dell'Area dei Servizi alla Persona, della Qualità oltre che dal Direttore stesso. Lo Staff di Direzione ha compiti di consulenza e supporto nelle scelte gestionali del Direttore Generale.

L' organo di controllo, nominato dal Consiglio di Amministrazione, è il

Collegio dei revisori del conto

composto da un Presidente e due revisori; ha il compito di verificare la regolarità dei conti dell' Ente ed il rispetto delle norme.

L' organo di rappresentanza degli utenti, è il

Comitato di rappresentanza degli Ospiti e dei familiari

composto da un Presidente e 4 membri; dura in carica 1 anno ed ha il compito di collaborare con l' Ente per la migliore qualità dei servizi e la tempestiva diffusione delle informazioni alle famiglie.

MISSION

“L’IPAB SUOR DIODATA BERTOLO È UN ENTE CHE RICONOSCE
LA CENTRALITÀ DELLA PERSONA
IN TUTTE LE SUE COMPONENTI
E PERSEGUE OBIETTIVI DI BENESSERE
FISICO, PSICOLOGICO, SOCIALE E DI TUTELA;

L’IPAB SUOR DIODATA BERTOLO
DA’ RISPOSTE COSTANTI
AI BISOGNI ASSISTENZIALI, SANITARI E SOCIALI
DELLE PERSONE IN DIFFICOLTÀ
ED IN PARTICOLARE DELLE PERSONE ANZIANE
AUTOSUFFICIENTI E NON AUTOSUFFICIENTI”;

LE SEDI

L'Ente dispone di diverse sedi operative nelle quali vengono offerti servizi differenziati:

S E D E	Indirizzo	descrizione
SAN GAETANO	Via S. Gaetano 24 36066 - SANDRIGO	Sede storica dell' Ente: Servizi Socio Sanitari di Casa di Riposo per la residenzialità definitiva e temporanea Centro diurno per ospitalità semiresidenziale.
PIAZZA ZANELLA	presso Centro sanit. Polifunzionale (ex Ospedale)	Al 1° piano: <u>Servizi Sanitari di URT e OdC.</u>
	Piazza Zanella 36066 . SANDRIGO	Al 3° piano : Servizi Socio Sanitari di Casa di Riposo con residenzialità definitiva e temporanea. Nuclei di ridotta e media Intensità assistenziale.
CASA NOARO	Via S. Gaetano 31 36066 - SANDRIGO	Palazzina in centro storico; offre piccole unità abitative per persone autosufficienti.

OSPEDALE DI COMUNITÀ (OdC)

L'Ospedale di Comunità OdC accoglie elettivamente pazienti con perdita recente di alcune funzioni basilari della vita quotidiana, le ADL o activities of daily living (tra cui il cammino, l'uso del bagno, il lavarsi, il vestirsi, la capacità di trasferirsi dal letto, il mangiare, la continenza), ma con tre diverse possibili traiettorie prognostiche:

- a) pazienti le cui funzioni/abilità perse sono forse recuperabili ma è necessario un periodo di convalescenza (es.: carico non concesso, esiti di sindrome da allettamento o di intervento chirurgico maggiore, insufficienza respiratoria) durante il quale favorire la mobilitazione possibile, la riattivazione e la ripresa di alcune ADL, con un percorso da iniziare in Ospedale di Comunità e da proseguire eventualmente in ambito riabilitativo (recupero funzionale differito);
- b) pazienti le cui funzioni/abilità sono definitivamente perse, non sono recuperabili, dovendo adattare il paziente (e la famiglia) all'utilizzo di protesi/ausili ed eseguire adattamenti dell'ambiente domestico. È necessario un breve periodo di tempo per capire se la nuova situazione funzionale è compatibile con un rientro a domicilio o se è necessaria una istituzionalizzazione (adattamento alla disabilità definitiva);
- c) pazienti le cui funzioni/abilità sono definitivamente perse, la malattia ha una prognosi infausta a breve termine, ma le cui condizioni potrebbero non renderli eleggibili (DGR 3318/2008) per Hospice (palliazione, anche non oncologica).

MODELLO ORGANIZZATIVO

L'intento dell'IPAB è quello di porre al centro dell'organizzazione la Persona Paziente ed i suoi bisogni e di costruire intorno ad essa una rete di persone, figure professionali e strumenti in grado di creare un ambiente accogliente sul piano umano e di alta qualità sul piano professionale.

Pensiamo la nostra organizzazione come una serie di cerchi concentrici che avvolgono la persona Paziente.



Per conseguire questo obiettivo l'IPAB pone particolare attenzione nella costruzione di un modello organizzativo che metta l'Paziente al centro dei processi assistenziali, sanitari, riabilitativi e ricreativi offerti, nello spirito di una presa in carico globale della persona. L'attenzione alla Relazione, il lavoro in Equipe, il Progetto Individualizzato per ciascun Paziente, e L'Unità Operativa Interna sono punti fissi del nostro operare.

La Relazione

Il nostro è un lavoro basato sul contatto tra persone, diventa perciò fondamentale la cura della relazione e della comunicazione per tutto il personale.

I principi ispiratori del rapporto con i Pazienti ed i familiari sono:

- rispetto della loro dignità, della capacità di autodeterminazione e della riservatezza di ciascuna persona;
- attenzione ai toni che si utilizzano, che esprimono apertura, disponibilità ai contenuti che veicolano informazioni chiare e precise e attenzione ai familiari degli Ospiti, elemento affettivo spesso determinante per il benessere dell'Paziente.

IL lavoro in équipe

Un altro aspetto di cura è il lavoro di integrazione tra i professionisti delle diverse aree attraverso la metodologia del lavoro di gruppo.

Ciò consente di offrire una assistenza personalizzata per ogni Paziente con l'attivazione di un progetto individuale.

Saper lavorare in gruppo non è *una competenza scontata*, ma frutto di apprendimento e volontà delle persone coinvolte e richiede la capacità di rinunciare alla propria visione parziale dell'Paziente per una visione più completa dei suoi bisogni e delle risposte più coerenti e personalizzate.

Il Progetto Individualizzato

Il progetto, personalizzato per ogni singolo Paziente, viene **definito dal medico selezionatore** dell'Azienda ULSS che si avvale delle informazioni cliniche contenute nella relazione medico infermieristica prodotta dalla UOC alla dimissione o delle informazioni contenute nella scheda di ammissione ospedaliera o redatta dal medico di medicina generale nel caso il paziente provenga dal domicilio. Il progetto viene poi preso in carico da tutte le figure professionali che operano nell'Ospedale di Comunità quali: Medico curante, Medico Responsabile dell'Azienda Ulss, Infermiere, Operatore Socio Sanitario, Fisioterapista, Logopedista, Case Manager e Coordinatore di Reparto con il supporto di Assistente Sociale e Psicologo su necessità.

Nell'ambito del progetto Individualizzato vengono svolte attività di riattivazione nelle attività della vita quotidiana tutti i giorni anche se con intensità diversa.

I famigliari sono una risorsa fondamentale che la struttura vuole coinvolgere e valorizzare. I famigliari posso essere coinvolti in diverse modalità ed affiancare il Paziente nelle attività quotidiane dopo un adeguato percorso di addestramento e di affiancamento con le figure professionali di riferimento sulla base del Progetto individualizzato.

L'Ente garantisce il rispetto dei valori e del credo religioso dei Pazienti e delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento espresse secondo quanto previsto dalla normativa.

L'Unità Operativa Interna

Tutte le figure professionali si incontrano periodicamente in equipe definita **Unità Operativa Interna** alla quale partecipa anche un delegato della Direzione con il compito di garantire la compatibilità e la sostenibilità del progetto rispetto alle risorse umane e materiali disponibili.

Il progetto individuale definisce, sulla base del progetto di ingresso e della valutazione multidisciplinare, gli obiettivi generali e specifici utili a favorire la migliore qualità di vita possibile, e le figure professionali coinvolte nel progetto. Una volta elaborato il progetto viene condiviso con Paziente e Familiare di riferimento e periodicamente verificato e aggiornato.

MODALITÀ DI EROGAZIONE DEI SERVIZI

In questa parte viene descritta la modalità in cui vengono erogati i servizi e gli specifici contenuti per ciascuno di essi.

I servizi vengono erogati secondo specifiche modalità dalle diverse figure professionali.

Per dare maggiore completezza all'illustrazione dei servizi offerti sono state predisposte specifiche schede nelle quali vengono illustrati gli ambiti, gli obiettivi e le modalità di intervento di ogni servizio e di ogni figura professionale.

Le schede sono presenti alla voce **ALLEGATO 1**. Per facilitare la consultazione delle schede abbiamo diviso i servizi e le figure professionali come indicato di seguito:

SERVIZI PER LA SALUTE:

SERVIZIO MEDICO
SERVIZIO INFERMIERISTICO
SERVIZIO ASSISTENZIALE
SERVIZIO DI FISIOTERAPIA
SERVIZIO DI LOGOPEDIA
CASE MANAGER
SERVIZIO SOCIALE
SERVIZIO DI PSICOLOGIA CLINICA

MODALITÀ DI ACCESSO

La modalità di accesso presso l'Ospedale di Comunità è definita da specifica procedura dell'Azienda ULSS 8 Berica: "Procedura Operativa Aziendale per l'accesso in Ospedale di Comunità e Unità Riabilitativa Territoriale".

INTEGRAZIONE CON LA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

I servizi offerti dall'Ente si inseriscono nella complessa rete dei servizi territoriali di cui è parte integrante ed attiva. La collaborazione con i Distretti Socio Sanitari, con i servizi ospedalieri e con gli altri servizi dell'Azienda Ulss 8 Berica è attiva ormai da molti anni e questo permette alla nostra struttura di essere attore nell'erogazione dei servizi, ed anche elemento di raccolta dei bisogni e di progettazione di risposte efficaci ed innovative.

ALLEGATO 1

SCHEDE DEI SERVIZI E DELLE FIGURE PROFESSIONALI

SERVIZIO MEDICO

Il servizio medico è affidato ad un medico di reparto identificato di concerto con l'Azienda Ulss 8 Berica. È presente dal lunedì al sabato secondo un monte ore definito dalla norma regionale ed uno schema orario predefinito. Il medico è reperibile telefonicamente per le situazioni di necessità. Durante le ore notturne e nei giorni festivi e prefestivi è attivo il servizio di guardia medica che ha la propria sede presso la stessa struttura.

Il Medico garantisce la valutazione clinica del paziente ogni qualvolta necessario e comunque almeno due volte la settimana.

Il Medico opera secondo evidenze e linee guida consolidate nel rispetto dei percorsi di cura aziendali al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi previsti e controllare le complicanze intercorrenti

SERVIZIO DI COORDINAMENTO INFERMIERISTICO

Il servizio di Coordinamento Infermieristico delle strutture intermedie URT-OdC è svolto da un'infermiera con profilo professionale (D.M. n° 739 del 14.09.1994) e incarico specifico le cui attività rientrano nei diversi processi offerti dai servizi

1. Presa in carico del paziente:

- Si interfaccia con l'assistente sociale per l'individuazione dei pazienti idonei all'ingresso nelle strutture intermedie URT-OdC.
- Si interfaccia con il Coordinatore del reparto ospedaliero di provenienza per la raccolta di tutte le informazioni necessarie alla presa in carico del nuovo paziente.
- Organizza l'ingresso del nuovo paziente definendo la data e l'ora dell'ingresso e individua il posto letto più adatto secondo le informazioni ricevute. Prepara tutta la documentazione necessaria, consegna al reparto le schede informative compilate.
- Accoglie il paziente al momento dell'ingresso accertandosi che abbia tutto ciò di cui ha bisogno e lo affida alle cure dell'equipe.
- Valuta la completezza della documentazione in arrivo del paziente interfacciandosi con i medici.
- Supervisiona il percorso riabilitativo del paziente per tutto il tempo della sua permanenza presso le strutture intermedie.
- Coordina l'unità operativa fungendo da riferimento per tutte le figure professionali. Supervisiona le attività del Case manager e interviene al bisogno in ciascuna fase del progetto.

2. Gestione delle Risorse Umane

Inserimento del nuovo dipendente:

- esegue il primo colloquio di presentazione del servizio e del ruolo;
- consegna turni, divisa e l'armadietto;
- modifica il piano di lavoro inserendo un'unità in più in affiancamento;
- esegue un colloquio a metà del periodo di prova;
- valuta la risorsa al termine del periodo di prova e consegna al Direttore la valutazione.

Formazione:

- collabora con la Responsabile della Formazione nel rilevare il fabbisogno formativo del personale e collabora nell'organizzazione della formazione (Turni).

Valutazione:

- valuta annualmente il personale.

3. Gestione risorse materiali

- raccoglie le segnalazioni di guasti/malfunzionamenti ed attiva il manutentore;
- in caso di guasti che richiedano interventi esterni/acquisti li comunica al Direttore;
- verifica il bisogno di prodotti ed esegue gli ordini;
- verifica il fabbisogno dei farmaci ed esegue gli ordini mensili ordinari e quelli urgenti.

4. Organizzazione

- stende la matrice dei turni;
- raccoglie le esigenze del personale infermieristico e OSS;

- stende il turno mensile e lo consegna al personale;
- gestisce i cambi turno e le sostituzioni;
- predispone il piano ferie;
- stende il piano di lavoro in collaborazione con il personale, ne verifica l'attuazione e attua le modifiche necessarie;
- convoca le riunioni di reparto tramite esposizione di un invito al personale interessato con indicazione degli argomenti che verranno trattati;
- prepara il foglio firme coordina la riunione trattando gli argomenti previsti e gli interventi dei presenti;
- verbalizza la riunione e consegna il verbale al personale e al Direttore.

5. Gestione del quotidiano

- risolve i problemi quotidiani di ospiti e personale;
- gestisce i conflitti;
- re-indirizza le richieste di competenza;
- gestisce le urgenze.

6. Gestione degli aspetti cogenti

- monitora il rispetto da parte del personale di obblighi e prescrizioni;
- invita al rispetto delle buone prassi.

7. Gestione dei tirocini

- programma il tirocinio;
- si occupa dell'inserimento del tirocinante individuando gli affiancamenti;
- valuta il tirocinante.

8. Qualità e miglioramento del servizio

- Collabora con i Responsabili di Area nel miglioramento continuo dell'organizzazione.

SERVIZIO INFERMIERISTICO

Come previsto dal profilo professionale (D.M. n° 739 del 14. 09. 1994) l'Infermiere è responsabile dell'assistenza al Paziente.

L'Infermiere svolge la sua attività in stretta collaborazione con il Medico, con il servizio assistenziale e riabilitativo.

Il servizio infermieristico viene garantito nelle 24 ore da personale qualificato e motivato alla professione.

Il servizio infermieristico:

- garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche nella programmazione di esami e visite specialistiche e terapeutiche del servizio medico;
- è responsabile della somministrazione ed assunzione delle terapie (orale, intramuscolare, sottocutanea, endovenosa, topica) prescritte dal Medico di reparto;
- è responsabile delle medicazioni e della loro esecuzione collaborando con il Medico di reparto e con gli specialisti;
- osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di salute psico-fisica del paziente;
- collabora ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psicofisiche residue, alla rieducazione, alla riattivazione, al recupero funzionale e all'educazione sanitaria dei pazienti e dei loro familiari;
- coadiuva il personale sanitario e socio - assistenziale nell'assistenza al malato fragile e in situazione di fine vita.
- collabora con le altre figure professionali impegnate in struttura per la realizzazione di risultati di salute globale;
- partecipa alla valutazione multidimensionale (in equipe e/o in Unità Operativa Interna) contribuendo all'elaborazione del Progetto Individualizzato;
- rileva e risponde ai bisogni sanitario - assistenziali del Paziente in riferimento al Progetto Individualizzato;

- garantisce il più alto livello di qualità di vita possibile;
- favorisce l'autonomia mantenendo il potenziale residuo;
- collabora all'inserimento e formazione del personale assistenziale.
- utilizza gli strumenti informativi per la registrazione del diario infermieristico, per il passaggio delle consegne con le altre figure professionali, per la somministrazione delle specifiche scale di valutazione e la registrazione dei parametri ed eventi.

SERVIZIO ASSISTENZIALE

L'Operatore Socio Sanitario svolge la sua attività in stretta collaborazione con l'infermiere, il fisioterapista e le altre figure professionali.

Il servizio assistenziale viene garantito nelle 24 ore da personale qualificato e motivato alla professione.

Il servizio assistenziale:

- assiste la persona nelle attività quotidiane e di igiene personale;
- osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni del Paziente;
- collabora ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psicofisiche residue, alla rieducazione, alla riattivazione e al recupero funzionale;
- collabora nelle attività di socializzazione di singoli e gruppi;
- coadiuva il personale sanitario nell'assistenza al malato anche terminale e morente.
- collabora con le altre figure professionali impegnate in struttura per la realizzazione di risultati di salute globale;
- partecipa alla valutazione multidimensionale (in equipe e/o in Unità Operativa Interna) contribuendo all'elaborazione del Progetto Individualizzato;
- risponde ai bisogni assistenziali della persona in riferimento al Progetto Individualizzato;
- effettua interventi professionali finalizzati alla personalizzazione dell'assistenza in relazione all'autonomia del Paziente e dei suoi bisogni specifici;
- utilizza gli strumenti informativi per la registrazione del diario assistenziale, per il passaggio delle consegne con le altre figure professionali.

SERVIZIO DI FISIOTERAPIA

Il fisioterapista, come previsto dal D.M n. 741/94, è "l'operatore sanitario che svolge in via autonoma o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione delle disabilità nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita od acquisita".

Il fisioterapista opera con pazienti prevalentemente affetti da:

- patologie ortopediche: esiti di traumi, fratture, esiti di interventi di osteosintesi, esiti di protesi articolari...
- patologie neurologiche: esiti di ictus, neuropatie periferiche, Morbo di Parkinson, cerebropatie...
- altre patologie o quadri sindromici: limitazioni funzionali conseguenti ad interventi chirurgici, affezioni cardio-respiratori, accidenti viscerali...

In riferimento agli ambiti di intervento, è possibile individuare degli obiettivi più specifici, sintetizzabili come segue:

- ambito ortopedico: incremento del tono/trofismo muscolare, mantenimento o recupero dell'escursione articolare, ripresa della funzionalità motoria attiva, riduzione della sintomatologia algica;

- ambito neurologico: recupero della sensibilità, del reclutamento muscolare, della coordinazione, dell'equilibrio, controllo e riduzione dei compensi patologici, controllo e riduzione delle manifestazioni dolorose di carattere neuropatico;
- altri ambiti: mantenimento della funzionalità del sistema cardio-circolatorio e respiratorio, controllo dei compensi patologici, stimolazione alla elaborazione di strategie funzionalmente utili delle attività della vita quotidiana.

In riferimento alla diagnosi ed alle prescrizioni del medico, nell'ambito delle proprie competenze, il fisioterapista:

- esegue la valutazione funzionale del paziente all'ingresso in reparto mediante consultazione della documentazione clinica, colloqui, osservazione diretta, utilizzo di test scientificamente validati;
- effettua la raccolta informazioni circa la situazione abitativa, il tipo di assistenza presente al domicilio ed il livello delle abilità motorie precedenti al ricovero ospedaliero;
- contribuisce all'elaborazione del Progetto Individualizzato in collaborazione con i membri dell'equipe presente nell'Unità Operativa Interna
- elabora, anche in equipe multidisciplinare, la definizione del programma di riabilitazione volto al superamento delle disfunzionalità acquisite;
- pratica autonomamente attività terapeutica, utilizzando terapie fisiche, manuali, occupazionali e kinesi;
- propone l'adozione di protesi ed ausili, ne addestra all'uso l'utente ed il caregiver e ne verifica l'efficacia;
- verifica periodicamente la rispondenza del percorso terapeutico del paziente agli obiettivi di recupero funzionale previsti.
- utilizza gli strumenti informativi per la registrazione del diario riabilitativo, per il passaggio delle consegne con le altre figure professionali, per la somministrazione delle specifiche scale di valutazione e la registrazione degli eventi.
- Affianca il personale socio-sanitario con indicazioni sulle specifiche pratiche di gestione assistenziale;
- affianca i familiari attraverso l'addestramento sulle modalità di assistenza al rientro a domicilio;
- fornisce indicazioni sull'adattamento dell'ambiente domestico;

SERVIZIO DI LOGOPEDIA

Come previsto dal profilo professionale (D.M. n° 742 del 14. 09. 1994) il logopedista è l'operatore sanitario che svolge la propria attività nella prevenzione e nel trattamento riabilitativo delle patologie del linguaggio e della comunicazione; si occupa inoltre delle alterazioni patologiche delle funzioni orali. Il logopedista si occupa di pazienti affetti da: disturbi della comunicazione verbale e non, del linguaggio, della voce, disturbi cognitivi, disfagia, sordità.

Il servizio logopedico viene richiesto dalla UOI quando sia particolarmente necessario e si attiva per:

- garantire un primo inquadramento valutativo della funzionalità deglutitoria e delle abilità comunicativo-linguistiche del paziente
- garantire rivalutazioni del paziente ogni qualvolta necessario su segnalazione del personale infermieristico, assistenziale e riabilitativo
- collaborare con il servizio di Psicologia nella valutazione del quadro cognitivo del paziente e nell'individuazione di eventuali percorsi riabilitativi
- valutare e proporre l'adozione di ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia

- contribuire all'elaborazione del Progetto Individualizzato in collaborazione con i membri dell'equipe presente nell'Unità Operativa Interna
- partecipare alla valutazione multidimensionale del paziente in contesto di équipe per la definizione di percorsi di fine vita e per l'attivazione di modalità di nutrizione artificiale
- dopo specifica valutazione logopedica, fornire indicazioni circa la consistenza degli alimenti e dei liquidi che possono essere assunti dal paziente, il livello di assistenza necessario ai pasti, la postura, gli ausili per l'assunzione del pasto, al fine di garantire una modalità di alimentazione sicura, che riduca il rischio di complicanze polmonari
- valutare la possibilità di procedere allo svezzamento da nutrizione artificiale e/o da cannula tracheostomica in collaborazione con Medico, Infermiere, Operatori
- effettuare interventi terapeutici individuali o di gruppo volti al recupero, alla rieducazione e/o alla stimolazione di competenze comunicativo-linguistiche e cognitive, in autonomia o in collaborazione con le altre figure riabilitative
- utilizzare gli strumenti informativi per la registrazione del diario logopedico, per il passaggio delle consegne con le altre figure professionali
- effettuare incontri con familiari, in autonomia o in collaborazione con le altre figure professionali
- effettuare momenti di formazione del personale in occasione delle riunioni di reparto o di specifici incontri formativi
- mantenere rapporti di collaborazione con il Servizio di Igiene e Nutrizione degli Alimenti del Distretto Socio-Sanitario per segnalare pazienti critici dal punto di vista nutrizionale presenti in struttura o che vengono dimessi al domicilio
- collaborare con le altre figure professionali impegnate in struttura per la realizzazione di risultati di salute globale e per favorire il maggior grado di qualità di vita possibile per ogni paziente

CASE MANAGER

Il Case Manager è la figura responsabile della gestione del Progetto Individualizzato del Paziente.

E' responsabile del colloquio informativo di ingresso con Ospite e famigliari, dell'organizzazione del percorso di presa in carico, di collegamento con le diverse figure professionali. Effettua la raccolta delle abilità pregresse, situazione abitativa, barriere architettoniche, ausili. Monitoraggio del percorso di dimissione al termine del progetto.

Il Case Manager:

- E' responsabile del colloquio informativo di ingresso con Ospite e famigliari. Organizzazione del percorso riabilitativo, figure di riferimento, prassi attive, ecc. Raccolta delle abilità pregresse, situazione abitativa, barriere architettoniche, ausili. Raccolta delle ipotesi di destinazione al termine del progetto, ecc.
Si confronta con l'Assistente Sociale per il confronto fra quanto definito dal progetto e quanto espresso in termini di aspettative dai familiari
- Partecipa alle Unità Operative Interne contribuendo all'elaborazione del Progetto Individualizzato
- Supervisiona l'evoluzione del Progetto Individualizzato attraverso il monitoraggio della cartella informatizzata, il briefing settimanale con le figure riabilitative, gli incontri con l'Operatore Tutor e con le altre figure.
- Supervisiona l'esecuzione delle visite specialistiche e delle indagini diagnostiche che hanno diretta ricaduta sul Progetto Individuale, in particolare indagini radiologiche e consulenze fisiatriche ed ortopediche.

- Collabora con il Coordinatore Infermieristico ai fini di una funzionale organizzazione del Nucleo.
- Partecipa o collabora al colloquio intermedio fra Medico/Coordinatore/Fisioterapista e familiari
- Partecipa alle Unità Operative Interne di verifica presentando lo stato di fatto del progetto, le eventuali modifiche nei contenuti e nei tempi previsti.
- Contribuisce alla definizione degli ausili necessari, collabora con i medici specialisti per le relative prescrizioni.
- Collabora con il Coordinatore Infermieristico:
 - nella definizione delle necessità di addestramento dei care-giver a cura delle diverse figure professionali
 - in riferimento alle modalità di trasporto alla dimissione
- Effettua il colloquio con i familiari in previsione della dimissioni in riferimento a:
 - Raggiungimento degli obiettivi, stato delle abilità funzionali
 - Pratiche per la fornitura di ausili
 - Rilevazione del gradimento di Ospite e familiari riguardo la degenza in struttura ed i risultati raggiunti
- Collabora con il Coordinatore Infermieristico ed i Responsabili di Area nel miglioramento continuo dell'organizzazione
- Supervisiona la rilevazione delle valutazioni di ingresso e di uscita e contribuisce alla valutazione dell'efficacia dei percorsi di degenza.

SERVIZIO SOCIALE

Gli interventi del servizio sociale sono orientati verso l'utenza e verso il contesto. In questo ultimo caso l'intervento si concretizza attraverso un'attività di collegamento e collaborazione con i servizi del territorio quali DSSL, Enti locali, ospedale e servizi in genere esterni alla struttura.

Cura l'istruttoria delle richieste di accoglimento presso la struttura;
Partecipa alla presa in carico dei Pazienti accolti;

SERVIZIO DI PSICOLOGIA CLINICA

Lo psicologo viene richiesto dalla UOI quando sia particolarmente necessario e si attiva per:

- valorizzare le risorse cognitive, affettive, relazionali della persona
- favorire un processo di adattamento alla nuova realtà
- sostenere la persona nei processi d'elaborazione delle perdite
- supportare lo sviluppo di una relazione funzionale tra Paziente e famiglia.
- effettuare interventi di supporto all'anziano per un accompagnamento individuale della persona che sta attraversando situazioni particolarmente critiche attraverso attività di sostegno psicologico incentrate sull'ascolto empatico e la ristrutturazione cognitiva.
- Effettuare la valutazione neuro psicologica, di personalità, emozionale, cognitiva ed affettiva della persona per l'elaborazione di piani di recupero, potenziamento, sostegno delle funzioni come capacità di memoria nelle varie componenti, risorse attentive, aspetti motivazionali, tono dell'umore, incidenza dei disturbi comportamentali, percezione soggettiva del disagio e/o del dolore, competenze di giudizio, di elaborazione dei dati, nelle attività della vita quotidiana.

- Somministrazione di test e schede di valutazione standardizzate
- Osservazione indiretta con il coinvolgimento del personale attraverso schede di osservazione strutturata
- Utilizzare gli strumenti informativi per la registrazione del diario infermieristico, per il passaggio delle consegne con le altre figure professionali, per la somministrazione delle specifiche scale di valutazione.

ALLEGATO 2

CONTATTI

(aggiornato agosto 2025)

DIRETTORE GENERALE	
Dott.ssa Alfonsina Pozzan	telefono: 0444/756492
RESPONSABILE AREA AMMINISTRATIVA UFFICIO RAGIONERIA	
Dott.ssa Katia Dalla Pria	telefono: 0444/756402
UFFICIO PERSONALE	
telefono: 0444/756512	
UFFICIO RETTE	
telefono: 0444/756404	
UFFICIO SEGRETERIA	
telefono 0444/756492	
RESPONSABILE AREA SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI	
Paola Malucelli	telefono: 3275435335
RESPONSABILE DELLA QUALITA'	
Dott. Mariano Ventagli	telefono: 0444/756531
OSPEDALE DI COMUNITA'	
UFFICIO COORDINATORE INFERMIERISTICO	
telefono: 0444/756521	
CASE MANAGER	
telefono: 0444/756546	
AMBULATORIO MEDICO	
telefono: 0444/756523	
AMBULATORIO INFERMIERISTICO	
telefono: 0444/756522	
PALESTRA	
telefono: 0444/756511	

ALLEGATO 3

I.P.A.B. Suor <i>Diodata Bertolo</i>	Scheda suggerimenti e Reclami	CODICE: SSR REV: 01 DATA: 22/09/2023
---	--------------------------------------	---

MODULO PER LA SEGNALAZIONE DEI SUGGERIMENTI E DEI RECLAMI

Questo modulo è a disposizione di tutte le persone che operano all'interno della Struttura (Ospiti, Familiari, Personale, Volontari ecc.) e serve per la segnalazione dei reclami.

Vi chiediamo di indicare il Vostro nome e cognome, indirizzo e numero di telefono per permetterci di contattarVi e prenderci carico delle Vostre segnalazioni.

- ☐ OSPITE
- ☐ FAMILIARE DELL'OSPITE: _____
- ☐ OPERATORE
- ☐ ALTRO:

COGNOME E NOME (del compilatore)

INDIRIZZO

TELEFONO _____ **E-MAIL** _____

(scrivere possibilmente in modo chiaro)

[illegible]

DATA

DA CONSEGNARE AL RESPONSABILE QUALITA' O IN SEGRETERIA

ALLEGATO 4

COSTI

La quota a carico utente è stata definita dalla DGRV 1887/2019 e successivamente dalla DGRV n. 1563 del 30 dicembre 2024 ed è dovuta dal giorno dell'ingresso al giorno di uscita secondo le modalità riportate nel sottoindicato schema.

In caso di assenza per ricovero Ospedaliero, la quota relativa al primo giorno di assenza, è a carico utente nella misura del 50%.

Retta di degenza	
Fino al 30° giorno	€ 0,00
Dal 31° giorno fino al 60°	€ 25,00
Dal 61° giorno	€ 45,00

Per uscite definitive, escluso il decesso, è necessario un preavviso di almeno 5 giorni.

La quota comprende:

- l'assistenza sanitaria, tramite la presenza di figure professionali in un numero stabilito dalla DGRV n.433/2017. Tali figure professionali sono medico curante, coordinatore infermieristico, case manager, infermiere, operatore socio-sanitario; fisioterapista, logopedista (psicologo e assistente sociale a bisogno);
- fornitura farmaci compresi nel prontuario farmaceutico; fornitura presidi igienico-sanitari e ausili prescritti; servizio di trasporti urgenti.;
- servizio di cucina con menù settimanale con possibilità di scelta e diete personalizzate (su prescrizione medica);
- trasporto ed accompagnamento dell'ospite per visite specialistiche prescritte dal medico curante (è richiesta la presenza di un familiare).

Ulteriori servizi a pagamento, non compresi nella retta

- servizio di parrucchiere
- servizio di pedicure
- servizio lavaggio indumenti personali
- pasti ai familiari in struttura.

All'atto della sottoscrizione del contratto di accoglimento gli utenti dovranno versare anticipatamente la quota prevista, a proprio carico, calcolata sulla base della durata del progetto riabilitativo/riattivativo