



DOCUMENTO SULLE POLITICHE DEL SERVIZIO, MISSION, FINALITA' E OBIETTIVI GENERALI

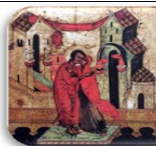
Redazione

Faccin Elisa

coordinatore CRA S.G.Bosco

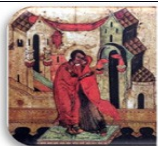
Tosi Silvia

coordinatore CRA S.Anna e S.Luigia



Indice generale

1. La Mission del Servizio.....	3
2. L'approccio al benessere e i metodi che supportano la gestione della domanda.....	4
3. Il progetto di miglioramento della qualità di vita dell'anziano con demenza.....	5
3. L'approccio al benessere e i riferimenti valoriali e professionali del Servizio.....	6
4. L'approccio di esito e la progettazione, rilevazione, misurazione del benessere dell'anziano.....	7
5. La caratteristica dell'utenza e la modularità della risposta assistenziale. .	7
6. Il Modello assistenziale.....	8
6.1 Il modello assistenziale a impronta riabilitativa.....	8
6.2 Il modello assistenziale e le attività di animazione.....	9
6.3 Le attività di animazione e le relazioni con il contesto sociale.....	9
7. Il percorso di conoscenza e valutazione dei bisogni in funzione della continuita assistenziale.....	9
8.I progetti ed i piani di assistenza individuali.....	10
8.1 Finalità e utilizzo del P.A.I.....	10
9. L'integrazione professionale e operativa e i processi di assistenza.....	11
10. I sistemi operativi funzionali alla progettazione, verifica, regolazione della pianificazione e organizzazione dell'assistenza.....	11
11. La metodologia di lavoro per piani e i programmi di attività.....	12
12. L'utilizzo dell'analisi per processi.....	14
13. La personalizzazione degli interventi.....	15
14. I processi secondari.....	15
15.1 Il Servizio Vitto.....	15
15.2 I Servizi Alberghieri.....	16
15. Il benessere climatico degli ambienti.....	16
16. La gestione unitaria e complessiva del Servizio e lo sviluppo organizzativo.....	17
17. Il coordinamento del Servizio.....	18
18. Il coordinamento sanitario interno.....	18



1. La Mission del Servizio

Le Case Residenza Anziani della Fondazione Pia Casa S. Anna e S. Luigia hanno la finalità di garantire il benessere, il mantenimento e l'eventuale recupero, se possibile, delle capacità fisiche-cognitive dell'anziano, garantendo la qualità delle prestazioni di cura e di assistenza nel rispetto dei bisogni e nella tutela dei diritti dell'anziano.

La Fondazione Pia Casa S. Anna e S. Luigia opera secondo i seguenti principi:

- rispetto e tutela dei diritti e delle scelte dell'anziano;
- centralità dei bisogni della persona;
- massima personalizzazione possibile degli interventi e delle attività;
- mantenimento e promozione dei legami con il nucleo familiare considerandolo riferimento affettivo indispensabile per la qualità di vita e di relazione e risorsa fondamentale per il benessere della persona;
- equità di trattamento;
- garanzia della privacy

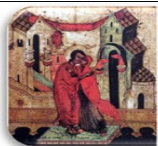
La Fondazione nell'espletamento della propria attività assicura alla persona anziana i seguenti diritti:

- di ricevere un proprio spazio di cura – assistenza e riposo;
- di ricevere interventi sanitari ed assistenziali commisurati alle proprie esigenze;
- di essere informato sulle possibilità di scelta relative all'offerta di qualsiasi attività;
- di mantenere un ambito privilegiato di relazione con la propria famiglia;
- di fruire di servizi religiosi, nel rispetto delle credenze individuali.

Le Case Residenza S. Anna e S. Luigia e San Giovanni Bosco operano per soddisfare i bisogni, le aspettative, le richieste dell'anziano garantendo la massima continuità possibile con lo stile di vita precedente, tenendo conto della situazione clinica assistenziale dell'ospite. Operano coinvolgendo l'anziano nelle attività di vita quotidiana utili e di interesse, garantendo la continuità delle relazioni affettive con la famiglia anche attraverso il coinvolgimento nelle diverse fasi di attività e di assistenza, quali l'ingresso, l'inserimento, l'elaborazione del Piano Assistenziale individuale (PAI). Le CRA della Fondazione operano coinvolgendo i familiari e stimolandoli ad una partecipazione attiva nella relazione di cura dei propri congiunti al fine di rafforzare anche il rapporto di fiducia tra il personale e i familiari stessi.

Le Case Residenza della Fondazione operano all'interno della rete dei servizi socio-sanitari per dare continuità all'azione assistenziale e al fine di favorire-valorizzare l'apporto delle risorse territoriali, del privato sociale e del volontariato, con cui si raccordano o che coinvolgono per migliorare la qualità di vita e per favorire gli interessi della persona anziana.

Le CRA della Fondazione perseguono il benessere degli anziani, adottando il criterio "della centralità della utenza", avvalendosi delle seguenti azioni organizzative in grado di determinare l'efficacia ed il gradimento della attività di assistenza :

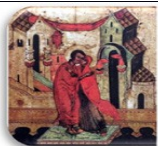


- L'organizzazione a nuclei di assistenza che si configura come unità abitativa dell'anziano.
- L'organizzazione a nuclei di assistenza che si configura come unità operativa di assistenza in grado di diversificare e personalizzare la risposta assistenziale, in quanto :
 - autonomo operativamente dagli altri nuclei ,
 - dotato di un proprio organico di base
 - coordinato dalla figura del R.A.A
 - caratterizzato da specifiche modalità assistenziali e professionali, progettate sulle condizioni e sui bisogni degli anziani ospitati dal nucleo.
 - gestito con operatori assegnati stabilmente all'unità organizzativa, ritenendo la stabilità un elemento di qualificazione dell'assistenza in quanto favorisce la conoscenza dei bisogni e la condivisione degli obiettivi, da parte del sistema professionale .

2. L'approccio al benessere e i metodi che supportano la gestione della domanda

Le CRA della Fondazione perseguono la "Mission" realizzando un approccio alla domanda/bisogno dell'anziano attivando il seguente processo di gestione :

- Analisi del profilo della domanda: i bisogni e le condizioni dell'utenza.
- Definizione della specificità dell'azione di assistenza in relazione al profilo della domanda
- Identificazione del modello assistenziale, dei tempi e modi di erogazione in funzione del recupero e del mantenimento delle capacità intellettive e fisiche dell'anziano, perseguendo le seguenti finalità:
 - La continuità assistenziale, ossia la coerenza dell'assistenza con il percorso di cura realizzato dai servizi territoriali.
 - La continuità degli stili di vita dell'utenza, ossia cercare di fare riferimento, in relazione alle condizioni di salute, alle abitudini, ai ritmi, agli interessi, ai gusti della persona, che rappresenta una delle condizioni di fondo per il benessere degli ospiti, in quanto preserva la loro identità e procura agio e sicurezza.
 - La continuità dei rapporti dell'anziano con la famiglia utilizzando tutte le occasioni di rapporto e di relazione personale che risultino importanti per il benessere dell'anziano
 - La continuità dei rapporti con la famiglia, utilizzando la Carta dei Servizi per informare sull'offerta del Servizio e coinvolgendo il familiare sugli obiettivi del progetto individuale dell'anziano.

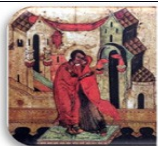


- Identificazione del modello professionale orientato all'utenza, sviluppando le capacità professionali in relazione alla specificità dell'intervento dei singoli ruoli e ad integrazioni delle competenze di base.
- Utilizzo dell'insieme della documentazione che supporta l'erogazione del processo assistenziale.
- Identificazione dell'insieme dei processi-procedure che supportano l'erogazione del processo assistenziale da realizzare con riferimento agli scopi della integrazione tra i ruoli.
- Identificazione dei sistemi operativi che supportano la realizzazione del processo assistenziale.
- Identificazione dei contenuti della attività di animazione in funzione del mantenimento delle capacità intellettive ed emotive dell'anziano con la finalità di favorire interessi ed occupazioni durante l'arco della giornata, oltre che rendere piacevole-gradevole la permanenza dell'anziano all'interno delle casa residenza, attivando il Piano di animazione che si articola in attività quotidiane-settimanali-mensili e annuali.
- Adozione dell'approccio riabilitativo diffuso alle attività di vita quotidiana prefigurando un rapporto strutturato e stabile tra Animatore-Terapista della riabilitazione-Operatori socio sanitari finalizzato a dare una impronta riabilitativa alle attività di vita quotidiana e di assistenza.

3. Il progetto di miglioramento della qualità di vita dell'anziano con demenza

Le Cra, in funzione del benessere dell'anziano che presenta patologia dementigena, di cui valutano il livello di gravità avvalendosi della diagnosi del Medico di Medicina Generale o dello specialista, realizzano uno specifico progetto attraverso cui identificano i metodi, le azioni e le attività assistenziali e riabilitative, maggiormente in grado di alleviare lo stato di malessere connesso a tale condizione di malattia.

Il progetto di miglioramento della qualità di vita dell'anziano con demenza, con riferimento alla conoscenza dei bisogni, prevede l'attivazione di specifiche modalità di relazione, massimamente personalizzate, ovvero identifica uno specifico stile comunicativo che definisce i comportamenti da adottare e da evitare, oggetto di specifica procedura/istruzione operativa che, supportata da formazione, ha lo scopo di accrescere le competenze sulla realizzazione di processi in grado di determinare il benessere dell'anziano con demenza al fine di prevenire manifestazioni di disagio le cui manifestazioni trovano espressione nei problemi comportamentali.



Il progetto, con riferimento alle pratiche di assistenza, promuove la cultura dell'osservazione dei comportamenti spontanei dell'anziano da parte dell'operatore da cui questi prendere spunto per realizzare azioni altamente personalizzate e per riorientare, nell'immediato, l'azione assistenziale.

Il progetto, con riferimento alla pianificazione dell'assistenza prevede siano definite risorse appropriate al carico assistenziale identificato dal P.AI (il singolo operatore o la coppia di operatori) in cui precisare le strategie comportamentali che hanno prodotto risultati nella interazione con l'anziano, particolarmente necessarie con la demenza in quanto tengono conto dei limiti percettivi, fisici e comportamentali della persona.

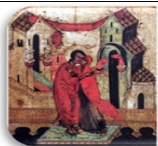
Il Servizio Residenziale realizza progetti e piani di assistenza individuali (P.AI) in funzione del miglioramento della qualità di vita dell'anziano con demenza, che prevedono l'adesione dell'anziano a specifiche attività di vita quotidiana, le quali, oltre a stimolare direttamente le funzioni cognitive (in funzione del possibile rallentamento della malattia), hanno una valenza terapeutica in quanto fanno leva sulla dimensione emozionale per favorire attraverso la risonanza emotiva la possibile riemersione di ricordi o tratti della memoria.

A tal fine il servizi residenziale identifica un Piano di animazione che prevede la realizzazione di attività individuali o di piccolo gruppo che coinvolgono l'anziano in una relazione intima e di gioco, che l'Animatore ed il Terapista della riabilitazione realizzano in un contesto dedicato e contrassegnato da tranquillità, quali l'ascolto musicale o l'attività fisica di tipo interattivo, o altre attività da progettare conoscendo la storia dell'anziano e rilevando gli esiti prima di dare luogo alla riproposizione della attività .

3. L'approccio al benessere e i riferimenti valoriali e professionali del Servizio

L'assistenza fornita persegue primariamente il benessere degli anziani, adottando il criterio "della centralità della utenza", che considera i bisogni dell'anziano il riferimento prioritario per l'analisi, la realizzazione e la valutazione delle azioni gestionali - tecnico professionali e la realizzazione di processi che hanno le seguenti finalità:

- Di personalizzare gli interventi di assistenza assegnando alla relazione professionale la funzione di strumento principale per conoscere i bisogni con l'anziano e di favorire il mantenimento della identità della persona anziana.
- Di dare continuità alle relazioni affettive dell'anziano, parentali ed amicali al fine di evitare lo "sradicamento "dall'ambiente di vita e dal sistema di relazioni che hanno contrassegnato la storia personale e l'identità della persona anziana.



- Di dare continuità a interventi attivati dai servizi della rete territoriale – ospedaliera e della famiglia per rendere maggiormente incisive l'azione assistenziale e per evitare la discontinuità di processi e di relazioni che determinano senso di insicurezza e dipendenza nell'anziano.
- Di adottare l'organizzazione in funzione dei risultati, modulandola alla tipologia dell'utenza di Casa Residenza che esprime “differenziate” necessità di assistenza.

4. L'approccio di esito e la progettazione, rilevazione, misurazione del benessere dell'anziano

Le CRA della Fondazione identificano il benessere con il gradimento, l'agio, la soddisfazione, i segnali di adattamento e di accettazione quali significati comportamentali e comunicativi che informano dello “stare” della persona anziana e quali elementi fondamentali per avere un riscontro più oggettivo dei propri risultati e quindi della capacità di “assistere”.

La personalizzazione, l'efficacia ed il gradimento della attività di assistenza rappresentano gli aspetti importanti della qualità e dei risultati di processi assistenziali fortemente orientati ai bisogni dell'anziano realizzando le seguenti azioni:

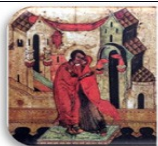
- Un costante feedback con l'anziano nel corso della stessa pratica di assistenza.
- La sistematica osservazione dei comportamenti dell'anziano in grado di confermare o meno il gradimento e l'efficacia della stessa attività.
- La sistematica osservazione dei comportamenti dell'anziano in grado di confermare o meno il gradimento e la stessa accettazione dell'assistenza ritenuta un'interazione imprescindibile nella gestione dei progetti con demenza.

Il Servizio Residenziale, attribuisce il valore di pertinenza e appropriatezza alla valutazione dei risultati realizzata dal sistema professionale qualora si riferisca alla efficacia tecnica della assistenza che non ritiene esaustiva ai fini della rilevazione del benessere.

A tal fine viene rilevato lo stato di benessere dell'anziano adottando l'approccio di esito e specifici indicatori, fattori osservabili che definiscono a priori le condizioni e i comportamenti spontanei da cui inferire il benessere complessivo dell'anziano, di cui valutare la presenza, in termini di diffusione e di intensità.

5. La caratteristica dell'utenza e la modularità della risposta assistenziale

Il Servizio Residenziale modula la risposta assistenziale avvalendosi di nuclei residenziali in cui risiedono anziani non autosufficienti caratterizzati dalle seguenti tipologie di bisogno :



- disabilità comparsa come aggravamento progressivo della perdita di autonomia;
- disabilità comparsa come aggravamento progressive del deterioramento cognitivo;
- disabilità comparsa come esito di uno scompenso patologico acuto e o di natura motoria.

Il Servizio Residenziale modula la risposta assistenziale realizzando un'azione globale ed estensiva di assistenza che ha le seguenti caratteristiche :

- flessibile, per monitorare l'anziano nella sua involuzione/instabilità clinica;
- diversificata, per realizzare interventi nel rispetto della individualità dell'anziano;
- differenziata, per cogliere la variabilità dei bisogni;
- supportata da processi di integrazione;
- supportata da valutazioni clinico-funzionali;
- supportata da documentazione professionale con approccio globale ed integrato;
- supportata da raccordi costanti e continuativi tra i ruoli la cui finalità è la condivisione degli obiettivi e la omogeneità dei comportamenti con l'anziano e con il familiare;

6. Il Modello assistenziale

E' definito il modello assistenziale, con i tempi e modi di erogazione della assistenza prevedendo che la sua definizione sia coerente alla specificità dei bisogni dell'utenza attraverso la puntuale conoscenza delle caratteristiche della domanda di assistenza.

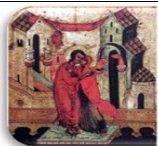
Il modello di assistenza tiene in massimo conto la varianza delle condizioni dell'anziano caratterizzato come segue:

- dalla adattabilità alle diverse condizioni dell'anziano ed ai cambiamenti dei bisogni nel tempo;
- dalla tempestività che si basa sulle condizioni dell'anziano e sulle cause che determinano la loro varianza;
- dalla continuità dell'azione azione degli operatori, che sul piano dei contenuti dell'intervento riguarda gli obiettivi – compiti prefigurati dal progetto di assistenza .

6.1 Il modello assistenziale a impronta riabilitativa

Il modello assistenziale ad impronta riabilitativa coinvolge i ruoli assistenziali nelle attività di vita quotidiana con la finalità di realizzare i seguenti obiettivi:

- il recupero - mantenimento funzionale delle abilità e capacità degli anziani, in tutte le fasi e in tutti gli ambiti di vita;
- la valorizzazione delle capacità residue dell'anziano;
- l'efficacia degli interventi coniugata con il gradimento della attività da parte dell'anziano (bene-essere).



6.2 Il modello assistenziale e le attività di animazione

Nel modello assistenziale adottato, l'animazione ha la funzione di agire sulla qualità di vita quotidiana e di relazione anche con gli operatori, realizzando i seguenti obiettivi :

- la conoscenza puntuale nel tempo delle abitudini, degli interessi, delle aspettative dell'anziano ;
- la realizzazione di attività personalizzate attuate in condivisione tra animatore - operatori sociali e terapeuta della riabilitazione;
- l'attenzione al gradimento ed alla partecipazione dell'anziano alle attività di vita quotidiana orientate, comunque, alla comunicazione e al coinvolgimento dell'anziano;
- la realizzazione di un mix di proposte per piccoli gruppi di interesse e di iniziative anche individuali e strettamente correlate con i bisogni primari della persona;
- l'attenzione a mantenere le relazioni con il contesto sociale, siano esse di carattere socio - ricreativo o di supporto ai bisogni di relazione dell'anziano

6.3 Le attività di animazione e le relazioni con il contesto sociale

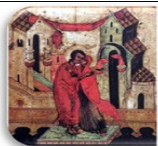
La Fondazione ritiene importante il coinvolgimento delle associazioni di volontariato, con cui il servizio instaura un raccordo progettuale e di collaborazione per allargare la sfera delle relazioni sociali e per promuovere interventi individuali destinati a prevenire il rischio di isolamento sociale. I progetti che il volontario sottoscrive, sono vincolati, per ogni attività, al segreto professionale e a un impegno continuativo che realizza nel rispetto della privacy dell'anziano.

7. Il percorso di conoscenza e valutazione dei bisogni in funzione della continuità assistenziale

La valutazione della domanda di assistenza rappresenta una funzione strategica in quanto, da essa discende la possibilità che la condizione dell'anziano sia valutata oggettivamente e che a ciò consegua una qualità progettuale e di risultato assistenziale ed il grado di continuità e di omogeneità dei percorsi di assistenza, requisiti fondamentali per il benessere della persona.

Il Servizio Residenziale identifica nei servizi della rete, i punti di contatto e di compenetrazione delle singole azioni di sostegno e di supporto alla persona anziana che entra nella rete dei servizi , fase particolarmente delicata fra un servizio e l'altro di cui la Casa Residenza è parte.

A tal fine, all'atto dell'ingresso, l'anziano, proposto dal committente che gestisce l'accesso, si avvale della valutazione delle condizioni sanitarie, della valutazione multidimensionale dell'U.V.M. e della relazione sociale dei Servizi Territoriali, che propongono i contenuti dell'intervento con la finalità di realizzare obiettivi di continuità assistenziale. Sulla base di queste valutazioni, viene



definito il progetto di assistenza realizzando, in particolare per le situazioni di maggior complessità sociale e o sanitaria, raccordi e verifiche con i servizi della rete, avvalendosi dei percorsi di continuità assistenziale e di dimissione protetta.

Per gli accessi su posti privati il progetto assistenziale viene definito attraverso le informazioni raccolte da RAA e RAS al momento dell'accesso.

8.I progetti ed i piani di assistenza individuali

I progetti e i piani di assistenza individuali sono realizzati utilizzando la Scheda_P.A.I. integrata, il modulo che definisce gli obiettivi a cui consegue il Piano di assistenza individuale.

Il P.A.I. rappresenta il progetto individualizzato dell'anziano, il documento di sintesi e di riferimento per l'azione di assistenza realizzata dal sistema dei ruoli

8.1 Finalità e utilizzo del P.A.I.

Il Piano di assistenza individuale è lo strumento che favorisce la visione immediata delle attività di assistenza di cui l'anziano ha necessità poiché identifica le azioni di assistenza.

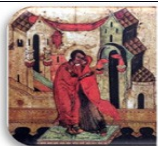
In particolare:

- Definisce le attività da destinare al singolo anziano formulato in modo interdisciplinare dalle figure professionali che conoscono e valutano i bisogni e li ricompongono per dare coerenza ed efficacia all'azione di assistenza.
- Mantiene l'unità di tutti gli elementi/bisogni di cui tenere conto (biologici, sanitari, sociali, relazionali, affettivi), definisce gli obiettivi e le azioni assistenziali di cui l'anziano necessita, indica le modalità di personalizzazione degli interventi e identifica i tempi di verifica.
- Prevede, l'identificazione e la valutazione delle potenzialità e capacità residue, dal punto di vista funzionale e relazionale e dei bisogni di comunicazione.
- Prevede obiettivi riferiti alla significatività delle relazioni con la famiglia, esplorate nella loro potenzialità, favorite e gestite in funzione della continuità degli stili di vita e dei significati affettivi, da rispettare e preservare come elemento fondante della identità della persona anziana .

Il Piano di assistenza individuale ha la funzione di uniformare le azioni di assistenza, in quanto:

- diffonde le informazioni alla totalità degli operatori del nucleo;
- favorisce una rapida consultazione in grado di orientare gli operatori del nucleo;
- informa i famigliari degli interventi realizzati all'anziano nell'arco della giornata assistenziale;

Il Piano di assistenza individuale è il riferimento per individuare i compiti assistenziali e organizzativi da assegnare agli operatori ed esplicitati nel Piano di lavoro articolato sulle 24 ore.



9. L'integrazione professionale e operativa e i processi di assistenza

L'integrazione professionale rappresenta la metodologia attraverso cui realizzare risultati e processi in funzione della qualità e del benessere e, a tal fine, rafforza la cultura e i metodi di integrazione, come segue :

- Realizzando i profili organizzativi e l'appropriata realizzazione dei ruoli prefigurata dal modello di Gestione Unitaria e Complessiva del Servizio.
- Adottando una documentazione professionale che favorisca l'integrazione operativa tra sociale e sanitario.
- Attuando la progettazione e verifica degli obiettivi di assistenza e delle attività socio riabilitative.
- Pianificando le attività di assistenza e cura dell'anziano sulla base dei bisogni e della loro evoluzione e monitorandola nel tempo.
- Verificando i risultati e gli esiti di benessere delle attività di assistenza e cura dell'anziano.
- Implementando e monitorando l'adozione di istruzioni operative/protocolli assistenziali e sanitari con riferimento alla qualità della relazione, all'efficacia degli interventi e al benessere dell'anziano, garantendo l'integrazione del percorso assistenziale dalla presa in carico alla dimissioni.

10. I sistemi operativi funzionali alla progettazione, verifica, regolazione della pianificazione e organizzazione dell'assistenza

L'attività di assistenza del nucleo si avvale del seguente Sistema operativo:

- **L'equipe interdisciplinare**
- **L'incontro organizzativo di Nucleo:** con riferimento ai contenuti dei P.A.I
- **L'incontro di coordinamento** per la verifica della qualità dell'assistenza erogata con riferimento al modello professionale, alle capacità ed alle prassi di assistenza appropriate.

L'Equipe Interdisciplinare

L'équipe interdisciplinare analizza, valuta e gestisce i casi tenuto conto dell'ambito organizzativo nel quale sono definiti gli obiettivi integrati del progetto (PAI) socio/sanitario/riabilitativo, a partire dal quale si dispiegano le azioni di tutti i ruoli coinvolti nei risultati di assistenza.

La responsabilità di coordinare l'equipe è affidata al responsabile di Nucleo, secondo una logica di progetto assistenziale interdisciplinare, che attiva il contributo dei ruoli professionali, per una assistenza sempre in linea con la globalità dei bisogni degli anziani.



All'equipe aderiscono i seguenti ruoli:

- RAA
- O.S.S
- Infermiere
- Animatore
- Terapista della riabilitazione
- Medico di medicina generale

L'incontro organizzativo di Nucleo

L' incontro ha l'obiettivo di organizzare, pianificare e verificare l'appropriatezza della organizzazione e pianificazione delle attività socio-sanitarie, infermieristiche e socio-riabilitative e di verificare i risultati di efficacia, benessere e di compatibilità con le risorse presenti nel nucleo.

All'incontro organizzativo di Nucleo gestito dal R.A.A. aderiscono i seguenti ruoli:

- O.S.S
- Infermiere
- Animatore
- Terapista della riabilitazione

L'incontro di Coordinamento

L'incontro di coordinamento ha lo scopo di verificare, valutare la realizzazione del modello professionale, i risultati prodotti dall'adozione delle istruzioni operative/protocolli assistenziali, le capacità e i comportamenti professionali che garantiscono la personalizzazione, l'efficacia delle attività di assistenza e il benessere realizzate dai ruoli assegnati al nucleo.

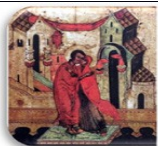
Quindi L'incontro ha l'obiettivo di rilevare e valutare il grado di congruenza tra gli obiettivi di qualità assistenziale e professionale, prefigurati dal servizio e le azioni effettivamente attivate dal sistema dei ruoli, in funzione dei risultati di efficacia-benessere e della efficacia dei processi.

L'incontro è gestito dal coordinatore della struttura e vi partecipano i seguenti ruoli:

- RAA
- RAS
- Animatore
- Fisioterapista

11. La metodologia di lavoro per piani e i programmi di attività

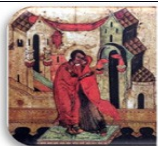
Nelle CRA della Fondazione si utilizza la metodologia di lavoro per piani e programmi in tutti gli ambiti di attività, avvalendosi del contributo progettuale realizzato dalle figure professionali impegnate nell'attività di assistenza diretta e dalle figure professionali di secondo livello (operano



sul servizio e trasversalmente al nucleo) e che, per la specificità della funzione/responsabilità sono in staff al Coordinatore.

Per le tipologie di attività gestionali ed assistenziali prevede l'utilizzo dei seguenti strumenti di pianificazione e verifica di risultato :

- Piano Operativo annuale o Piano di servizio per il Coordinatore che identifica i risultati attesi per l'anno e le azioni di sviluppare a sostegno degli obiettivi complessivi del servizio, di breve - medio termine, e le risorse necessarie alla realizzazione delle azioni identificate.
Il Piano Operativo annuale o Piano di servizio è il riferimento fondamentale per la gestione e la valutazione del servizio.
- Piano di Nucleo per il R.A.A. che identifica i risultati attesi e le azioni di sviluppare a sostegno degli obiettivi del nucleo di breve-medio termine e le risorse necessarie alla realizzazione delle azioni identificate.
Il Piano di Nucleo è il riferimento fondamentale per la gestione e la valutazione del Nucleo.
- Piano Sanitario per l'Infermiere Responsabile della attività sanitaria che identifica i risultati attesi e le azioni destinate alla qualità infermieristica da sviluppare a sostegno degli obiettivi di breve-medio termine del nucleo e le risorse necessarie alla realizzazione delle azioni identificate. Lo stesso identifica anche i risultati attesi e le azioni riabilitative da sviluppare a sostegno degli obiettivi di breve e medio termine del nucleo e le risorse necessarie alla realizzazione delle azioni identificate.
Il Piano Sanitario è il riferimento fondamentale per la gestione e la valutazione delle attività degli operatori sanitari, infermieri e fisioterapisti e per la gestione e valutazione della qualità e dei processi di integrazione.
- Piano di Animazione per l'Animatore che identifica i risultati attesi e le azioni di socializzazione e di interesse per gli anziani da sviluppare a sostegno degli obiettivi di breve-medio termine del nucleo e le risorse necessarie alla realizzazione delle azioni identificate.
Il Piano di Animazione è il riferimento fondamentale per la gestione e la valutazione della attività di animazione – socializzazione e destinate alla qualità di vita quotidiana
- P.A.I. per gli operatori OSS, infermieri, animatore, fisioterapista identifica i risultati attesi e le azioni da sviluppare a sostegno degli obiettivi di breve - medio termine che riguardano i bisogni ed il benessere del singolo utente.
Il P.A.I. è il riferimento fondamentale per la gestione del processo assistenziale destinato all'anziano



12. L'utilizzo dell'analisi per processi

Le CRA della Fondazione utilizza per la definizione e valutazione della qualità l'analisi per processi intesi come "successione strutturata di attività finalizzate a produrre un risultato che ha valore per il cliente finale". A tal fine definisce il PROCESSO ASSISTENZIALE come il processo primario che riguarda tutte le attività, fornite dai professionisti dell'assistenza, necessarie per garantire la risposta ai bisogni dell'ospite e I PROCESSI SECONDARI quelli che riguardano tutte le attività che supportano il processo assistenziale.

Nell'attuazione dei processi, la Fondazione adotta istruzioni operative/protocolli, linee guida sanitarie-infermieristiche destinati a tutti gli ambiti delle attività. Tali strumenti sono elaborati e diffusi secondo le modalità contenute nel "Manuale Qualità" della Fondazione.

In particolare l'attività svolta nelle CRA della Fondazione è attuata in modo tale da evitare forme di contenzione improprie, utilizzando le Linee Guida "Azioni di Tutela sicurezza dell'anziano", rispettando i diritti e assicurando la relazione con l'anziano, la privacy, il supporto nell'esercizio dei diritti per prevenire possibili forme di abuso.

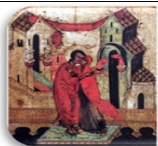
Le istruzioni operative/protocolli mettono in evidenza i seguenti temi attinenti ai valori etici ed alla cultura del servizio:

- la fragilità della condizione dell'anziano e l'esposizione a comportamenti arbitrari che ledono i diritti e la dignità della persona
- l'etica che caratterizza i comportamenti di effettivo e sostanziale rispetto dei diritti e della dignità dell'anziano
- la Mission e i valori che preservano da forme di abuso
- Il diritto alla sicurezza ed alla tutela
- Il diritto alla protezione della privacy
- Il diritto alla qualità di vita anche quando la condizione cognitiva compromettono le volontà soggettive

Le CRA della Fondazione, data l'incidenza dell'azione degli operatori sulla qualità della assistenza, perseguono e utilizzano l'effettiva adozione e l'appropriato utilizzo di istruzioni operative e protocolli assistenziali, unitamente alla valutazione delle prestazioni, riferimento valutativo per misurare le capacità ed i comportamenti professionali degli operatori, le loro competenze e la loro reale qualificazione. A tal fine il realizza appieno il ruolo R.A.A. e RAS.

In particolare al RAA assegna il compito di gestire le risorse umane realizzando il monitoraggio delle capacità e competenze degli operatori in funzione dello sviluppo professionale e con riferimento alle seguenti finalità/compiti:

- la responsabilizzazione dei ruoli assistenziali;
- il monitoraggio dei comportamenti professionali;
- la verifica dei risultati riferiti alla efficacia ed alla personalizzazione della assistenza;



- la verifica dei risultati riferiti alla qualità di vita dell'anziano.

All'Infermiere Responsabile della attività sanitaria (RAS) assegna le seguenti funzioni/compiti:

- responsabilizzare gli infermieri rispetto l'effettiva adozione e l'appropriato utilizzo delle procedure/istruzioni operative/line guida infermieristiche;
- monitorare i comportamenti professionali degli infermieri;
- verificare i risultati riferiti alla efficacia ed alla personalizzazione della assistenza infermieristica;
- coordinare l'assistenza sanitaria erogata agli ospiti rapportandosi anche con le strutture distrettuali.

13. La personalizzazione degli interventi

Nell'attuazione delle attività, il servizio persegue la personalizzazione ad ogni livello di progettazione e di intervento assistenziale con l'anziano e nei seguenti strumenti :

- nel Piano di accoglienza inserimento
- nel primo Piano di assistenza dell'anziano
- nel P.A.I.
- nel Piano di assistenza che consegue alla progettazione ed alla verifica del P.A.I.
- nel Piano di dimissione

14. I processi secondari

15.1 Il Servizio Vitto

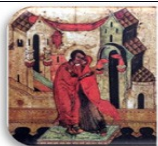
La Fondazione, avvalendosi di un contratto di fornitura, garantisce un menu stagionale, definito con il contributo di una consulenza dietologica, raccogliendo sistematicamente le seguenti informazioni:

- I gusti dell'anziano
- Le preferenze dell'anziano
- Il regime dietetico di cui l'anziano necessita
- Il gradimento dell'attività alimentare

In funzione al miglioramento della qualità e dei requisiti di accreditamento, la Fondazione attua le verifiche sul gradimento e sulla conformità. prevedendo l'utilizzo dei seguenti Protocolli operativi :

Il menù, nel rispetto delle linee guida regionali, è provvisto di almeno due possibilità di scelta e prevede:

- La scelta del menu sulla base dei gusti personali
- La scelta delle opzioni previste dalla dieta personale



- La scelta delle opzioni previste dalle prescrizioni nutrizionali
- La scelta delle opzioni sulla base delle limitazioni prescritte sulla base delle prescrizioni sanitarie

Per le verifiche vengono utilizzati i seguenti strumenti:

- La scheda di rilevazione del gradimento dei pasti
- Le Schede di segnalazione delle non conformità destinata al fornitore degli alimenti da utilizzare per la gestione dei fornitori
- Relazione e incontri periodici tra il Responsabile Qualità della Fondazione e referente designato dall'azienda di ristorazione.

15.2 I Servizi Alberghieri

In funzione del miglioramento della qualità e dei requisiti di accreditamento, La Fondazione garantisce le seguenti attività:

- Pulizia e sanificazione degli ambienti– giornaliera e periodica degli ambienti utilizzati dagli anziani e degli ambienti del servizio
- Lavanderia e Guardaroba finalizzato alla identificazione - cura ed a custodia degli indumenti personali degli anziani;
- Lavanderia , finalizzato al lavaggio della biancheria piana tovagliato e gestione del letto dell'anziano

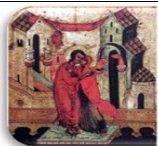
La Fondazione gestisce le attività alberghiere utilizzando strumenti di controllo e indicatori di risultato, di processo, di qualità indicati negli stessi protocolli operativi

La Fondazione gestisce i contratti di fornitura adottando specifiche procedure/protocolli interni.

15. Il benessere climatico degli ambienti

La Fondazione realizza la gestione del comfort riferito all'ambiente di vita dell'anziano utilizzando i seguenti protocolli operativi:

- Il Protocollo finalizzato alla realizzazione e gestione benessere micro-climatico nel periodo estivo e le modalità attuate per prevenire stati di disidratazione;
- Il Protocollo finalizzato a limitare l'impatto di ondate di calore;
- Il Protocollo finalizzato alla realizzazione e gestione benessere micro-climatico nel periodo invernale;



16. La gestione unitaria e complessiva del Servizio e lo sviluppo organizzativo

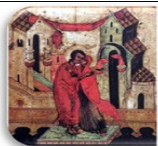
Le Cra della Fondazione attivano il modello di gestione unitaria e complessiva realizzando la dipendenza diretta della totalità dei ruoli impegnati nella progettazione e realizzazione dei processi assistenziali.

Si rinvia alla scheda che, con riferimento al sistema dei ruoli della Casa Residenza, documenta quanto segue:

- Il titolo di accesso
- La qualifica professionale
- Le conoscenze e competenze acquisite per il mantenimento e lo sviluppo delle competenze manageriali – organizzative del Coordinatore Responsabile
- Le conoscenze e competenze acquisite per il mantenimento e lo sviluppo delle competenze – organizzative del R.A.A.
- Le conoscenze e competenze acquisite per il mantenimento e lo sviluppo delle competenze dell'Infermiere Responsabile della attività sanitaria,

La gestione unitaria del servizio viene garantita adottando i seguenti strumenti organizzativi:

- Il Documento sulle Politiche del Servizio, Mission, Finalità e Obiettivi Generali definisce finalità, obiettivi, responsabilità e interdipendenze dei ruoli professionali che realizzano la gestione - le prassi e i processi in funzione della qualità assistenziale .
- I Sistemi di coordinamento : definiscono i sistemi e di gestione delle attività del servizio e del Nucleo e sono compresi nel documento di cui sopra.
- L'Organigramma : definisce la posizione organizzativa ed è allegato al Manuale organizzativo
- Il Funzionigramma: definisce la tipologia della responsabilità , la responsabilità ,diretta di ciascun ruolo e la interdipendenza delle responsabilità richiesta dal modello organizzativo- gestionale integrato
- Le istruzioni operative/protocolli assistenziali, sanitarie e integrate
- Il Piano di Formazione
- Il Piano di Animazione
- Il piano di servizio
- La Carta dei servizi
- Il Sistema di valutazione delle prestazioni
- Il Manuale della qualità



17. Il coordinamento del Servizio

Il Coordinamento di servizio, gestito dal Coordinatore Responsabile, ha lo scopo di impostare e di realizzare una gestione dell'assistenza articolata e differenziata per nuclei e, nel contempo, omogenea e integrata sul piano della cultura professionale, delle politiche e delle metodologie di qualità e di efficienza .

18. Il coordinamento sanitario interno

Il Coordinamento Sanitario, gestito dal Coordinatore Responsabile, dato il compito e la responsabilità di impostazione dell'intero sistema dell'assistenza, ha lo scopo di orientare l'azione dei ruoli sanitari in funzione della qualità dei processi, a cui contribuiscono l'Infermiere Responsabile della attività sanitaria ed il Medico di Medicina Generale , per i seguenti obiettivi:

- Per favorire i processi di integrazione tra infermieri e medico di medicina generale;
- Per verificare l'appropriato utilizzo dei mezzi di tutela e di sicurezza adottati;
- Per favorire il grado di raccordo professionale e operativo con l'area assistenziale
- Per favorire obiettivi di continuità assistenziale con riferimento :
 - ai percorsi di dimissione protetta
 - ai progetti definiti dall'U.V.M.
 - ai progetti definiti dai servizi territoriali
 - alle dimissioni dell'anziano
- Per favorire l'attivazione di interventi specialistici quando necessari alla valutazione e gestione del singolo caso
- Per favorire l'implementazione delle Procedure/Istruzioni operative/protocolli in funzione della efficacia, qualità degli interventi
- Per rilevare gli indicatori di risultato