



## Carta dei Servizi

Doc. PS 001

*Revisione n. 3 del 21.03.2022*

Struttura Residenziale e Centro Diurno Psichiatrico

**“Villa Castagneto”**

**Rapallo**



Via Lamarmora, 37

Rapallo

Tel.

Resp. di Struttura: Dott.ssa Lara Petriello

email Responsabile di Struttura: [resp-villacastagneto@coopselios.com](mailto:resp-villacastagneto@coopselios.com)

## **Perché una Carta dei Servizi**

La Carta dei Servizi è indirizzata prioritariamente agli utenti ed alle loro famiglie con l'obiettivo di:

- informare sulle procedure di accesso ai servizi;
- indicare le modalità di erogazione delle prestazioni;
- assicurare la tutela degli utenti, attraverso l'individuazione degli obiettivi del Servizio e degli standard di qualità garantiti;
- specificare le modalità di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti, al fine di garantire le prestazioni dovute in un'ottica di continuo miglioramento del servizio erogato;
- individuare le procedure per inoltrare un reclamo in caso di eventuali disservizi.

Il nostro impegno è orientato affinché la Carta dei Servizi diventi uno strumento di partecipazione e coinvolgimento attraverso l'attivazione di un dialogo costante con le persone con problematiche psichiatriche e le loro famiglie, indispensabile per fornire una sempre maggiore qualità dei servizi erogati.

### **Il sito web della Cooperativa con informazioni aggiuntive è**

[www.coopselios.com](http://www.coopselios.com)

In questo documento troverete:

1. Chi siamo.....	2
2. Principi guida del servizio.....	3
3. Localizzazione e caratteristiche strutturali.....	4
4. Modalità di accesso al servizio e rette.....	5
5 Il Piano riabilitativo individuale e le attività.....	6
6. Dimissioni.....	10
7. Le relazioni con i familiari.....	10
8. La struttura organizzativa: l'organigramma.....	11
9. Prestazioni ed attività offerte.....	12
10. Servizi aggiuntivi.....	14
11. Privacy.....	15
12. Impegni e programmi di miglioramento.....	15
13. Standard di prodotto e di qualità del servizio.....	17
<b>Allegato n°1 – Modulo per reclamo.....</b>	<b>20</b>
<b>Allegato n° 2- Modalità messe in atto per la prevenzione dell'infezione da COVID-19.....</b>	<b>22</b>

## **1. Chi siamo**

Coopselios è una cooperativa sociale no profit di tipo A nata nel 1985. In oltre 30 anni di attività la cooperativa si è evoluta, diventando uno dei player nazionali più importanti nei servizi di cura alla persona. Oggi Coopselios conta oltre 3.300 occupati, è presente in 8 regioni italiane e ha avviato importanti progetti di internazionalizzazione e innovazione in Italia e all'estero. Quotidianamente offre i propri servizi a oltre 6.500

persone, ponendosi come partner strategico per istituzioni pubbliche e privati nel progettare e realizzare soluzioni avanzate per i bisogni socioassistenziali, educativi e sanitari in continua evoluzione. Da oltre 30 anni orienta le sue azioni secondo quattro valori fondamentali: affidabilità, competenza, impegno sociale e sensibilità. Un interesse che non riguarda quindi solo la crescita economica, ma che si traduce nel sistematico miglioramento delle condizioni di occupazione di soci e lavoratori, nelle politiche di sviluppo della cooperativa, nell'erogazione di servizi e competenze sempre più in linea con le reali esigenze degli utenti e delle loro famiglie.

Villa Castagneto trae il nome "Michele Castagneto" dal coniuge defunto della sig.ra Aurelia Murtola, la quale morendo in Rapallo il 20.04.1952, lasciò le sue proprietà all'ospedale civile di Rapallo.

Nell'anno 1975 in occasione di lavori di ristrutturazione del fabbricato principale dell'ex ospedale, l'attività di assistenza agli anziani venne trasferita definitivamente nella Villa di via Lamarmora 37 già abitazione della benefattrice, in ossequio al rispetto della volontà testamentaria.

Nel 1995 la struttura venne adeguata alla normativa in materia di superamento delle barriere architettoniche, requisiti igienico edilizi ed in generale alla migliore funzionalità della VILLA.

Successivamente la proprietà dell'edificio venne trasferita in capo alla ASL 4 e venne quindi stipulato un atto di concessione amministrativa per l'utilizzo della struttura per la cura e assistenza degli anziani in favore del Comune di Rapallo con l'impegno da parte dello stesso Ente di effettuare la ristrutturazione dell'immobile. Nel 2011 l'immobile venne riconsegnato nella piena e libera disponibilità della ASL 4 e nel 2019 è stata data in concessione a Coopselios dopo due bandi di evidenza pubblica e manifestazione di interesse per la gestione in 30anni previa ristrutturazione, adeguamento e rifunzionalizzazione dell'immobile.

Villa Castagneto eroga ai propri utenti assistenza sanitaria, finalizzata al loro recupero, attraverso prestazioni di carattere socio-riabilitativi rivolti a pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale.

## 2. Principi guida del servizio

Nel lavoro quotidiano, Villa Castagneto riconosce i seguenti principi fondamentali, fissati dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24/01/1994:

**Eguaglianza:** i Servizi devono essere erogati secondo regole uguali per tutti, senza discriminazioni di età, sesso, lingua, religione, status sociale, opinioni politiche, forme di handicap, anche se i Servizi vanno comunque personalizzati tenendo conto delle necessità dei soggetti.

**Imparzialità:** il comportamento degli operatori nei confronti degli utenti è ispirato a criteri di giustizia, obiettività e imparzialità. A tutti è assicurato un contegno che ne rispetti la dignità.

**Continuità:** i Servizi devono essere erogati con continuità e l'eventuale, eccezionale loro interruzione deve essere sempre giustificata e comunicata in anticipo agli utenti.

**Diritto di scelta:** l'Utente ha il diritto di scegliere il soggetto erogatore del Servizio.

**Partecipazione:** Villa Castagneto, in un obiettivo di miglioramento continuo, si impegna a raccogliere suggerimenti, reclami, istanze ed osservazioni sulle modalità di svolgimento del Servizio e sulla qualità dello stesso, rendendo in tal modo il destinatario finale del Servizio partecipe nei processi decisionali. La Struttura si impegna quindi ad agire con l'obiettivo di soddisfare le richieste dell'Utenza.

**Efficienza ed efficacia:** i Servizi devono essere forniti utilizzando in modo ottimale le risorse disponibili, secondo criteri di efficienza ed efficacia, adottando tutte le misure idonee per soddisfare, in modo possibilmente tempestivo, i bisogni dell'Utente.

### **3. Localizzazione e caratteristiche strutturali**

Villa Castagneto è situata in Via Lamarmora n. 37 in pieno centro della città di Rapallo, prossima alla stazione ferroviaria ed al Palazzo Comunale (ex Ospedale) e facilmente accessibile sia dal punto di vista del trasporto pubblico, sia da quello privato.

La Palazzina, edificata con architettura dai caratteri tipologici in stile storicista, è distribuita su tre piani fuori terra oltre ad un seminterrato e un giardino pertinenziale circostante, ciascuno più 2 Posti letto per isolamento (vedere sotto) e un centro diurno per **10 utenti**, così suddivisa:

#### **Piano Seminterrato:**

- Locale spogliatoi attrezzato con armadietti (suddivisi in due comparti, sporco/pulito) per il personale con servizi igienici;
- Locale Guardaroba e lavanderia/stireria per gli indumenti personali degli ospiti;
- Deposito biancheria pulita e deposito sporco;
- Deposito attrezzature e materiali di consumo;
- Deposito Rifiuti Speciali al Piano Seminterrato;

#### **Piano Terra**

- Ingresso;
- Soggiorno-Sala TV;
- Sala da Pranzo
- Cucina per porzionatura attrezzata;
- Locale personale amministrativo;
- Infermeria
- Sala da pranzo, arredata con tavoli a 4 posti
- Giardino;
- Locale esterno che nella quotidianità funzionerà da giardino coperto per lo svolgimento delle attività laboratoriali, dotato di n. 2 servizi igienici con chiamata d'allarme; uno di essi è conforme alla normativa disabili e attrezzato per la non autosufficienza;

### **Piano 1° (nucleo verde)**

-n. 4 camere doppie per un totale di n. 8 posti letto. Si accede al piano attraverso una rampa di scale o con l'ascensore/montalettighe. Corridoi, servizi igienici, camere, e i locali comuni interni ed esterni sono conformi alle norme sulle barriere architettoniche e pienamente fruibili dai pazienti;

-Soggiorno-Sala TV;

-Stanza colloqui;

-Ripostiglio-Archivio accanto al vano scala

### **Piano 2° (nucleo tortora)**

-n. 4 camere doppie per un totale di n. 8 posti letto. Si accede al piano attraverso una rampa di scale o con l'ascensore/montalettighe. Corridoi, servizi igienici, camere, e i locali comuni interni ed esterni sono conformi alle norme sulle barriere architettoniche e pienamente fruibili dai pazienti;

- Soggiorno-Sala TV;

**n. 1 ascensore montalettighe**

**n. 1 transpallet elettrico esterno**



### **4. Modalità di accesso al Servizio e rette**

La segnalazione del possibile ingresso di un nuovo Utente giunge al Direttore Sanitario (DS) della struttura attraverso un contatto telefonico da parte dello Psichiatra del Servizio inviante che ha in carico l'Utente stesso, cui fa seguito l'invio di una relazione dettagliata sulla situazione attuale dell'assistito.

Sulla base della relazione dello Psichiatra inviante, il Direttore Sanitario effettua una prima valutazione di idoneità all'ingresso verificando la congruenza tra i bisogni dell'Utente e le potenzialità della Residenza.

Sarà responsabilità del DS concordare con lo Psichiatra inviante una visita di pre - ingresso alla struttura durante la quale dovrà essere presente l'Utente. In questa sede il DS, in collaborazione con il Resp. della Struttura e con lo Psicologo procederà:

- a consegnare all'Utente la "Carta dei Servizi" e ad illustrare il funzionamento della Residenza e i servizi offerti;
- ad accompagnare l'Utente per una visita guidata ai vari locali;
- ad illustrare all'Utente le regole di vita comunitaria;

. Al termine del colloquio, se l'Utente manifesta l'intenzione di entrare in struttura, il DS e il Resp. della Struttura concordano con lo Psichiatra inviante la data per l'ingresso. Il Resp della Struttura inoltre:

- fa firmare all'Utente, o al familiare di riferimento, il Modulo "*Consegna Carta dei Servizi e consenso all'ingresso*" che ne attesta la consegna l'accettazione di quanto in esso contenuto.
- consegna all'Utente la "*Documentazione per ingresso*", che contiene l'elenco della documentazione clinica e personale da fornire al momento dell'ingresso nella Residenza;
- Illustra l'*Informativa al trattamento dei dati*", fa firmare il consenso al trattamento dei dati
- Comunica all'Utente, o alla sua famiglia o a chi per essa, la necessità di identificare i capi di vestiario da portare all'ingresso, mediante l'apposizione delle iniziali dell'Utente.

Al momento dell'ingresso, l'Utente, di norma accompagnato da un familiare o da ADS o tutore, viene accolto dal Resp. della Struttura e dal DS. Il Resp. della Struttura, inoltre, prende in consegna, come previsto dalla "Carta dei Servizi" alcuni effetti personali quali accendini, sigarette, oggetti contundenti. Gli accendini vengono identificati dal Resp. della Struttura mediante l'apposizione del nome e del cognome dell'utente e inviati all'Infermiere che provvederà quotidianamente a consegnarli all'utente e ritirarli nei momenti del riposo pomeridiano e notturno conservandoli in apposito contenitore. Le lamette per la rasatura vengono identificate dal Resp. della Struttura mediante l'apposizione del nome e del cognome dell'utente, collocate in luogo inaccessibile all'utenza e chiuso a chiave, successivamente gestite dal personale a seconda delle esigenze.

Il denaro per le spese personali viene registrato unitamente ai movimenti in entrata e in uscita effettuati durante la permanenza dell'Ospite. Il Resp. della Struttura rilascerà apposita ricevuta del denaro ricevuto dall'Utente o dalla sua Famiglia al momento dell'ingresso e durante tutta la permanenza dell'Utente in struttura.

Eventuali oggetti di valore dell'Utente saranno registrati sulla *Scheda*, controfirmata dall'Utente o da chi per esso autorizzato. Ogni oggetto personale sarà identificato con il nome e il cognome dell'Utente e conservato dal Resp. della Struttura in cassaforte. Successivamente l'Utente viene presentato al personale in turno e accompagnato nella propria stanza.

## **5. Il Piano riabilitativo individuale**

Il giorno dell'ingresso, il DS effettua un'accurata anamnesi psicopatologica finalizzata a:

- Valutare lo stato psichico dell'Utente al momento dell'entrata in struttura;
- Valutare lo schema terapeutico in atto;
- Individuare i possibili obiettivi riabilitativi da raggiungere durante la permanenza in struttura

Nei primi giorni dopo l'ingresso dell'Utente, il DS, dopo aver esaminato la documentazione clinica consegnata all'ingresso, esegue una visita medica con l'obiettivo di valutare le necessità sanitarie, di medicina generale, dell'Utente.

Per la **valutazione dei bisogni di medicina generale** si fa riferimento:

- Alle informazioni registrate sul Modulo "Colloquio di pre- ingresso" durante il colloquio di pre – ingresso effettuato dal DS prima dell'accesso in struttura dell'Utente;
- Alle informazioni contenute nella relazione del Servizio Inviante consegnata alla struttura prima dell'accesso dell'Utente.

Per la **valutazione dei bisogni relazionali e socio- assistenziali** si fa riferimento alle informazioni che derivano dall'osservazione e dall'ascolto del nuovo Utente nella quotidianità rilevate dagli Educatori, dagli Operatori, dagli Psicologi e dagli Infermieri e alle informazioni contenute relazione inviata in Struttura dal Servizio inviante. Si specifica che:

**Definizione interventi assistenziali, educativi, terapeutici, riabilitativi.** All'osservazione fa seguito la definizione degli interventi educativo- assistenziali e riabilitativi temporanei, da attuarsi per il nuovo Utente prima della predisposizione del PRI, e della terapia farmacologica:

- **Interventi educativo – assistenziali.**

- **Interventi riabilitativi.**
- **Terapia farmacologica**

**Monitoraggio Utente.** E' responsabilità del DS monitorare lo stato psichico e della terapia di ciascun Utente attraverso:

- La conduzione, per gli Utenti con i quali è possibile stabilire una comunicazione e dei colloqui
- Un'osservazione diretta dell'Utente;

Il monitoraggio, osservazione, verifica ed eventuale ridefinizione degli interventi riabilitativi definiti nel PRI viene inoltre effettuato dalla équipe ristretta che si riunisce a cadenza settimanale. L'équipe è composta da DS, Resp. di Struttura, Psicologo e dal gruppo di operatori di riferimento degli Utenti i cui casi vengono presi in considerazione nella riunione stessa.

**Stesura PRI.** Entro 30 giorni dalla data di ingresso dell'Utente, l'équipe ristretta si riunisce per la Stesura del PRI.

Il "Piano Riabilitativo Individuale" è suddiviso in *Aree* (Area Motoria, Cura del sé, Area Affettivo- Relazionale, Area Cognitiva, Area delle Autonomie, Area del Comportamento, Area della Socializzazione) e per ogni area contiene:

- La rilevazione dei bisogni
- L'identificazione degli obiettivi che si intendono raggiungere
- La verifica del raggiungimento degli obiettivi.

Contestualmente alla stesura del PRI, il Resp. di Struttura, in collaborazione con l'équipe ristretta, assegna al nuovo Utente un operatore di riferimento, che avrà anche il compito di intervenire in modo esclusivo nella realizzazione del PRI.

Una volta elaborato dall'équipe ristretta il PRI, il DS dovrà:

- Condividere il PRI in apposita riunione dell'équipe ristretta con il Servizio inviante che potrà esprimere un parere sui contenuti dello stesso;
- Illustrare il PRI ai Familiari dell'Utente;
- Diffondere il PRI, in sede di riunione quindicinale della équipe allargata, a tutto il personale.
- 

**Monitoraggio Utente.** Nell'arco di tempo che intercorre tra la stesura del progetto e la verifica, tutte le figure professionali hanno il compito di monitorare l'evoluzione delle condizioni dell'Utente sulla base delle prestazioni eseguite e definite nel PRI.

**Verifica PRI.** Dopo sei mesi dalla stesura del PRI, l'équipe ristretta si riunisce per verificare il raggiungimento degli obiettivi definiti nel PRI e degli esiti delle attività a ciascuno correlate.

Se gli obiettivi sono stati raggiunti ne verranno definiti di nuovi descrivendoli nella parte del "*Piano Riabilitativo Individuale*" riservata alla verifica delle diverse Aree di intervento. Se gli obiettivi non sono stati raggiunti, l'équipe ne valuterà i motivi (es. obiettivi sovradimensionati tempi di applicazione troppo breve, mutate condizioni dell'Utente durante il tempo di realizzazione del PRI) e successivamente procederà o al mantenimento degli obiettivi non raggiunti o alla definizione di nuovi e diversi obiettivi rispetto a quelli precedenti. E' responsabilità del DS informare degli esiti della verifica del PRI:

- Il Servizio inviante;
- i Familiari dell'Utente;
- Tutto il personale, in sede di riunione quindicinale della équipe allargata;
- All'Operatore di riferimento assegnato all'Utente;
- L'Utente stesso
- (Il PRI viene condiviso con l'utente e/o le persone di riferimento, laddove possibile)

## 5. Attività

**Stesura e approvazione del Programma Annuale delle attività.** Annualmente, entro il 31 Dicembre, viene predisposto il “*Programma Annuale delle Attività Riabilitative*” sulla base:

- Degli esiti delle verifiche dei Programmi delle Attività Riabilitative degli anni precedenti documentati nel “Verbale riunioni équipe”;
- Degli esiti della valutazione sul gradimento da parte degli Utenti delle attività riabilitative realizzate nell’anno precedente registrate nel Modulo “*Programma e verifica mensile delle attività*” dalla Psicologa e dall’ Educatore;
- Di una valutazione delle risorse strutturali (spazi) e tecnologiche (attrezzature) di cui la Residenza può disporre;
- Di una valutazione delle offerte culturali, sportive, di aggregazione, del territorio;
- Degli esiti della valutazione delle risorse economiche a disposizione della struttura per le attività riabilitative;
- Degli esiti della valutazione delle risorse umane secondo modalità e strumenti già indicati nel capitolo dedicato alla prevenzione del burnout;

Il “*Programma Annuale delle Attività Riabilitative*” contiene:

- La definizione delle Aree di intervento, individuate di norma in: Area Motoria, Area Culturale, Area Espressiva, Area Gestione Casa, Area Cura del sé, Area Socializzazione;
- L’individuazione di attività riabilitative da proporre per ogni Area di intervento (es. lettura giornale, gruppo narrativa, computer, visite, mostre per l’Area Culturale);
- La definizione degli obiettivi generali di ogni Area di intervento;
- La pianificazione temporale delle attività riabilitative ovvero la definizione di un programma invernale e di un programma estivo;
- La definizione delle finalità e degli obiettivi specifici di ogni singola attività riabilitativa;
- La definizione della metodologia di svolgimento e delle strategie da utilizzare per lo svolgimento di ogni attività riabilitativa;
- La frequenza di svolgimento delle singole attività riabilitative nell’ambito della settimana;
- La definizione degli spazi dove verranno svolte le singole attività;
- I criteri di verifica delle singole attività rispetto all’andamento del lavoro e agli obiettivi individuati;
- Una proposta dei nominativi del personale della struttura cui affidare l’incarico di Responsabili delle Attività.

**Stesura del Programma trimestrale della attività e nomina del Responsabile.** Una volta approvato il “*Programma Annuale delle Attività Riabilitative*” da parte dell’équipe, questo viene predisposta trimestralmente la “*Programmazione e verifica Mensile delle attività*” che contiene per ogni attività riabilitativa:

- La descrizione delle finalità dell’attività;
- La descrizione della metodologia e delle strategie da utilizzarsi per lo svolgimento dell’attività;
- La descrizione degli strumenti di cui avvalersi;
- La definizione dei tempi, ovvero della frequenza e della durata;
- La definizione degli spazi dove svolgere l’attività;
- La definizione della frequenza con la quale eseguire l’attività nell’ambito della scansione settimanale;
- La descrizione delle modalità di documentazione e monitoraggio dell’attività svolta.

**Programmazione settimanale delle attività.** Alla programmazione trimestrale delle attività fa seguito la stesura della “*Programmazione settimanale delle attività*”, con indicazione delle attività da svolgere per ogni giorno della settimana,

Il “Programma settimanale delle attività”, inoltre, dovrà prevedere lo svolgimento di tre attività il mattino e tre attività al pomeriggio

**Verifica programmazione trimestrale.** Ogni fine trimestre si valutano le attività riabilitative realizzate durante il mese, pianificate e registrate.

**Verifica Programma Annuale delle attività.** Entro il 31 Dicembre di ogni anno viene effettuata una valutazione sull’adeguatezza del “*Programma annuale delle attività riabilitative*” realizzato nel corso dell’anno.

Verrà fornita al gruppo di lavoro copia del Programma Annuale delle Attività Riabilitative affinché si possa provvedere alla programmazione e realizzazione delle stesse.

Una volta definito il Programma Annuale delle Attività Riabilitative, le attività vengono programmate per ogni trimestre dell’anno e declinate secondo una “Programmazione settimanale delle Attività” da parte dell’educatore incaricato della loro organizzazione.

Verrà data giornalmente adeguata informazione a tutti gli utenti delle attività proposte attraverso l’aggiornamento del pannello posto all’ingresso della Struttura che descrive la programmazione dei giorni successivi.

Ogni tre mesi, lo psicologo, il tecnico della riabilitazione psichiatrica e gli operatori responsabili delle attività valutano ciò che è stato realizzato durante il trimestre e, sulla base della verifica, redigono e firmano un nuovo “Programma Trimestrale delle Attività” (modificandolo se e ove necessario).

Le attività riabilitative, sia di gruppo che individualizzate, sono da sempre il fulcro su cui ruota l’organizzazione della giornata di ogni utente nelle strutture; sono previste sia attività interne sia esterne sul territorio:

- collaborazione con la **Pro Loco “Terra e Mare” di Rapallo**, associazione culturale membro dell’UNPLI piscina/mare
- collaborazione con il **liceo classico scientifico linguistico “N. DA VIGO” di Rapallo** per laboratorio di francese
- Laboratorio di bigiotteria;
- Laboratorio di falegnameria;
- Laboratorio musicale e canto;
- Attività del benessere psicofisico e mindfulness
- Laboratorio artistico;
- Laboratorio teatrale;
- Bocce
- Cinema;
- Partecipazione alle Partite dell’Entella
- Gite e soggiorni su programmazione nel rispetto delle normative in vigore
- Affitto biciclette e loro manutenzione per brevi escursioni nella cittadina di Rapallo: con la collaborazione di Associazioni impegnate nell’accoglienza turistica, può prendere avvio un percorso formativo che conduca alla fornitura di un servizio di affitto e manutenzione di biciclette per

l'esplorazione del territorio circostante con l'eventuale allestimento di un opuscolo informativo che guidi i clienti alla scoperta del territorio circostante.

-Laboratorio di social skills training

## 6. Dimissioni

**Recepimento/proposta dimissione.** Il Recepimento della dimissione di un Utente giunge al DS nel caso di auto dimissione, ovvero quando l'Utente stesso e/o la Famiglia decidono autonomamente l'uscita dalla struttura. In tal caso l'Utente e/o la Famiglia sono tenuti a darne comunicazione scritta, al DS che provvede a fornirne copia per opportuna conoscenza al Servizio Inviante. La proposta di dimissione viene effettuata dal DS nei seguenti casi:

- Per incompatibilità con l'organizzazione;
- Per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PRI.

Nel primo caso, a seguito di una valutazione effettuata in sede di équipe ristretta, il DS invia una comunicazione scritta al Servizio Inviante contenente la decisione di dimissione dalla struttura. E' responsabilità del Servizio Inviante organizzare la collocazione in altra struttura.

Nel secondo caso, in sede di verifica del PRI, se l'équipe ritiene che siano stati raggiunti gli obiettivi in esso previsti, il DS valuta con il Servizio Inviante la dimissione dell'Utente, ipotizzando una possibile data e il contesto nel quale verrà inserito l'Utente stesso all'uscita dalla struttura (es. domicilio, ove possibile, strutture alta/media/bassa intensità assistenziale).

## 7. Le relazioni con i familiari

La famiglia è considerata una risorsa e pertanto dopo l'accesso in comunità viene garantita una relazione costante e la partecipazione nel processo di cura.

In particolare vengono organizzati:

- un **colloquio conoscitivo** da effettuarsi prima dell'ingresso del pz. per favorirne l'inserimento e per stabilire le modalità di relazione fra la famiglia e il servizio;
- **colloqui telefonici periodici** dopo l'inserimento per informare la famiglia di come l'utente sta affrontando la permanenza in struttura;
- **incontri individuali o colloqui telefonici** per informare tempestivamente i familiari sugli eventi sanitari rilevanti del processo di cura;

In questo periodo di pandemia, gli incontri coi familiari saranno possibili solo previa autorizzazione del Direttore Sanitario e nel rispetto della normativa vigente.

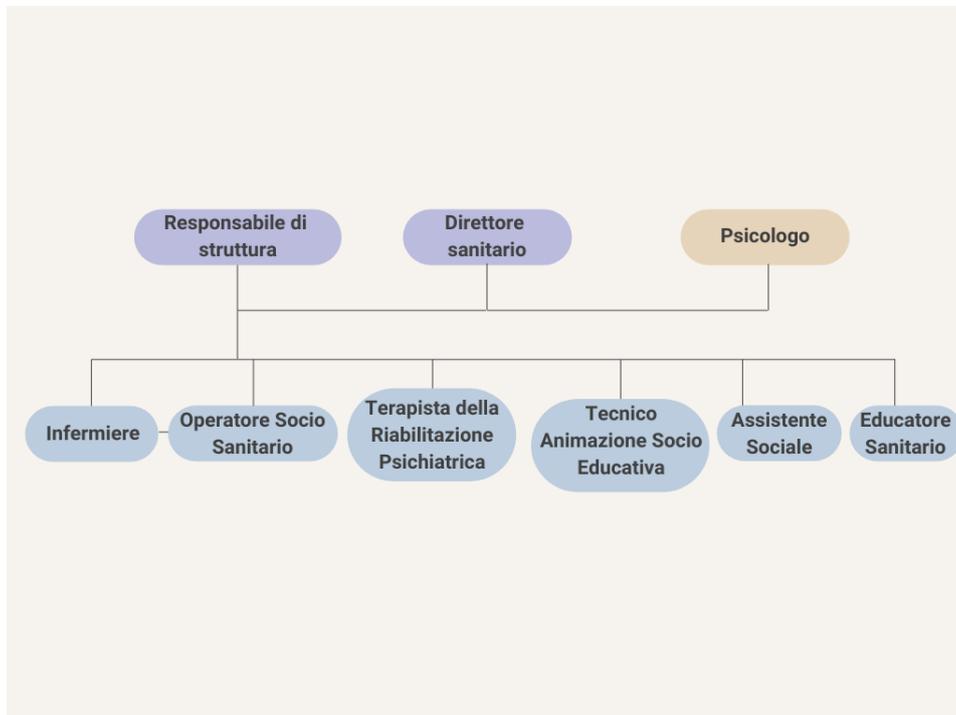
Nella tabella sottostante sono riportate le giornate e gli orari di ricevimento del **Direttore Sanitario** e del **Responsabile di Struttura**.

È obbligatorio prenotare telefonicamente l'incontro.

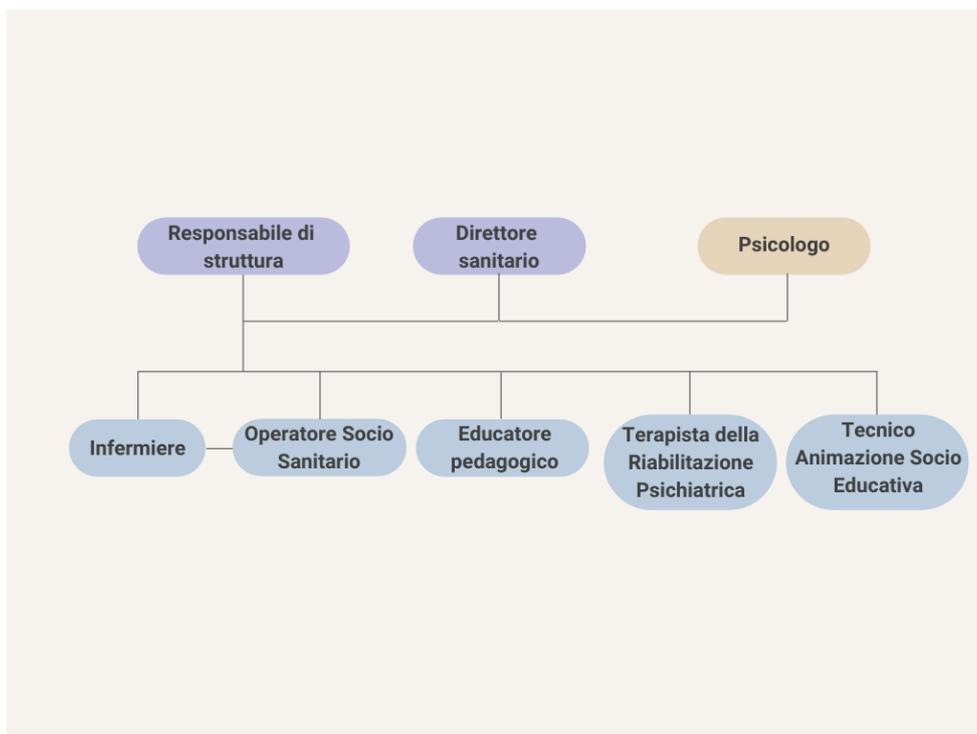
Mansione	Cognome e nome	Contatto telefonico	Orario di ricevimento
Responsabile Sanitario	Dott. Ardisson Giancarlo	Tel	Giovedì dalle 09.00 alle 11.00

Responsabile di Struttura	Dott ssa Lara Petriello	Tel.	Lunedì dalle 10.00 alle 11.00 Venerdì dalle 15.00 alle 16.00
---------------------------	-------------------------	------	---

**8. La struttura organizzativa: l'organigramma Centro Diurno**



**8. La struttura organizzativa: l'organigramma Struttura Residenziale**



L'organizzazione sanitaria della struttura, in termini di personale, è affidata a un Medico specialista in psichiatria.

Il Responsabile deve garantire:

- la tutela delle condizioni psicofisiche degli utenti,
- l'organizzazione della vita comunitaria,
- l'osservanza delle norme igienico-sanitarie previste dalla legge,
- la vigilanza sulla conservazione dei farmaci.

La struttura (*a regime*) si avvarrà del seguente organico di personale:

**RESIDENZIALE:**

- 1 psichiatra
- 1 psicologo
- 1 tecnico della riabilitazione psichiatrica
- 1 educatore
- 2 TASE (tecnico dell'animazione socio educativa)
- 5 OSS operatori socio sanitari
- 1 INFERMIERE con master in coordinamento

**CENTRO DIURNO:**

- 1 psichiatra
- 1 psicologo
- 1 tecnico della riabilitazione psichiatrica
- 1 educatore
- 1 assistente sociale
- 2 infermieri di cui una con master in coordinamento
- Personale addetto ai servizi generali (le pulizie verranno svolte da ditta esterna)

In aggiunta al personale previsto dalle norme vigenti Coopselios ha previsto un Responsabile di Servizio/Struttura che interviene in quattro differenti aree di operatività:

1. area amministrativo/gestionale,
2. area programmazione,
3. area contatti territoriali,
4. area formativa e didattica.

La dotazione organica, opportunamente organizzata in turni di lavoro, garantisce le prestazioni 24 ore su 24 nel rispetto del CCNL considerando il riposo settimanale, le ferie e gli altri permessi previsti dalla normativa vigente; si rispettano inoltre i parametri previsti dalla **L.R.**

Nei casi di assenze prolungate dal Servizio (maternità, malattie lunghe, aspettative, ecc.), l'organico viene integrato con personale supplente.

L'ASL di competenza si fa garante del rispetto dei parametri previsti dalla normativa per l'organizzazione del personale con periodiche visite e controlli in struttura.

## 9. Prestazioni ed attività offerte

Le prestazioni offerte sono costituite da una serie di interventi individualizzati e di gruppo programmati e realizzati dall'équipe multi professionale.

Nella definizione degli interventi personalizzati viene utilizzato come strumento fondamentale il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI). Esso è conservato nella Cartella socio-sanitaria che racchiude al suo interno tutta la documentazione dell'utente. Il PRI definisce il programma di intervento individualizzato dell'utente nel rispetto di ciò di cui la persona è portatrice (storia di vita, livello di funzionamento, desideri, bisogni di sostegno, stato di salute e caratteristiche del contesto di vita).

### Servizio medico infermieristico

La struttura si avvale della presenza quotidiana di infermieri professionali che grazie ad una organizzazione in turni riescono a garantire la copertura giornaliera.

Il personale infermieristico provvede al monitoraggio continuo della salute degli utenti. Si occupa di somministrare la terapia prescritta dal Direttore Sanitario, dal Medico di medicina generale o dallo specialista, di applicare la procedura interna relativa alla gestione dei farmaci e degli stupefacenti (es. antiepilettici) e di assicurare agli ospiti gli interventi sanitari di base.

In caso di stato di malessere dell'utente, sarà premura dello staff DS infermieristico informare la famiglia e, se ritenuto necessario, contattare il servizio di Pronto Intervento (118).

### Servizio socio-sanitario ed assistenziale

Il Servizio viene garantito dagli Operatori socio-sanitari che hanno il compito di affiancare gli utenti affinché mantengano il più alto livello di autonomia possibile, supportandoli direttamente quando necessario.

Di conseguenza, è previsto l'aiuto degli operatori per:

- l'alzata dal letto ed il coricarsi;
- l'igiene intima, l'igiene personale ed il bagno;
- l'utilizzo dei servizi igienici;
- le necessità connesse all'incontinenza;

### Servizio educativo

Le attività proposte agli utenti sono tarate rispetto al livello di autonomia ed ai desideri da loro espressi.

Tra le varie attività ci sono quelle di cucina, francese, lettura, musica/canto, cura del sé, attività motorie, scoperta del territorio

### Servizio psicologico

La presenza in organico di uno psicologo garantisce una consulenza costante agli ospiti.

In particolare lo psicologo oltre ai colloqui si occupa di redigere i PRI a supporto del Terapista della Riabilitazione Psichiatrica e supervisiona le attività riabilitative.

### Servizio di riabilitazione psichiatrica

Il servizio viene svolto da Terapisti della riabilitazione psichiatrica e definisce le tecniche e di interventi utili a diminuire gli effetti della cronicizzazione del disagio psichico. La riabilitazione presuppone la multidisciplinarietà, in quanto i contesti in cui il disagio psichico si manifesta sono diversi. Essa coinvolge la persona, la famiglia, la comunità e il territorio di riferimento. Il Terapista opera in sinergia con altri professionisti sanitari al fine di sviluppare il massimo livello di autonomie personali e di funzionamento psicosociale.

### Servizio di ristorazione

Il Servizio di fornitura dei pasti è garantito da **primaria azienda di ristorazione** per tutto l'anno, attraverso la produzione che avviene presso un **centro di cottura** sito ad una distanza non maggiore di 30 km dall'Istituto. Il **processo produttivo** assicura la massima qualità nutrizionale, organolettica e di sicurezza alimentare, è eseguito secondo le normative vigenti, le **Linee Guida** per la ristorazione.

Il menù è stagionale (estivo ed invernale), ruota su quattro settimane e si propone di assicurare una dieta corretta e bilanciata.

Agli utenti residenziali viene fornita l'intera giornata alimentare, comprensiva di:

- prima colazione, dalle ore 09.00 alle ore 09.30
- pranzo (primo, secondo, contorno, dessert); dalle ore 12.30 alle ore 13.30
- merenda pomeridiana, dalle ore 16.00 alle ore 16.30
- cena (primo, secondo, contorno, dessert), dalle ore 19.00 alle ore 19.30

Particolare attenzione è posta alla diversificazione degli alimenti offerti ed alla garanzia del giusto apporto calorico e nutrizionale.

In caso di prescrizioni mediche o necessità specifiche dell'utente è assicurata la predisposizione di menù personalizzati.

Nella scelta delle materie prime i criteri sono i seguenti

- **SOSTENIBILITÀ**: utilizzo di prodotti provenienti da agricoltura sostenibile: alimenti a lotta integrata, biologici e/o da agricoltura biodinamica
- **BIODIVERSITÀ**: utilizzo predominante di prodotti di stagione e a varietà tradizionale/locale garantendo la sopravvivenza delle diversità biologiche e genetiche delle materie prime agricole.

**TERRITORIALITÀ**: utilizzo di prodotti locali o che valorizzano la cultura locale e la tradizione. Ad esempio prodotti certificati dop (denominazione di origine protetta), igp (indicazione geografica protetta), stg (specialità tradizionale garantita), pat (prodotti agroalimentari tradizionali), intesi quali patrimoni culturali locali, gastronomici ed economici da conservare

### Servizio di lavanderia e guardaroba

#### **Biancheria Piana**

Al fine di assicurare maggiori garanzie di qualità di lavaggio e, soprattutto, di sanificazione, il servizio è effettuato da *primaria ditta di lavanolo* certificata che garantisce la fornitura di tutta la biancheria piana necessaria a Villa Castagneto. Il sistema di lavaggio adottato dalla Ditta garantisce non solo sempre un

congruo quantitativo, ma anche biancheria pulita e igienizzata con prodotti ecocompatibili, ipoallergenici, sanificata con tecnologie idonee alla sicura disinfezione.

Gli articoli forniti. *Lenzuolo inferiore, lenzuolo superiore con cuffia al lato piedi, federa, coperta e copriletto omologato* Ministero classe 1 di reazione al fuoco, *salvamaterasso impermeabile*, la *biancheria da bagno* (telo bagno, asciugamano viso, bidet), le *tovaglie idro-repellenti*, i *tovaglioli*, i *bavagli impermeabili*, i *grembiuli* per la distribuzione.

Frequenza dei cambi. Almeno 1 volta/settimana o al bisogno.

### **Biancheria personale per gli ospiti**

Gli indumenti personali degli ospiti, sono trattati presso il locale lavanderia dove le ausiliarie della ditta esterna provvedono al lavaggio/stiraggio e alla piccola manutenzione. E' garantito il servizio di ritiro dei capi sporchi, lavaggio e consegna della biancheria pulita e stirata.

### **Servizio di pulizia e sanificazione**

Il Servizio di pulizia e sanificazione è garantito da Ditta esterna mediante l'impiego di **risorse materiali e umane direttamente afferenti**. Gli interventi di disinfezione/derattizzazione/deblatizzazione, sono affidati anch'essi a **ditta specializzata esterna**, autorizzata e certificata secondo le procedure richieste ai fornitori del SQ. Sono garantite le **pulizie ordinarie** (a scadenza giornaliera, settimanale e mensile) e quelle **straordinarie** (pulizie a fondo periodiche e stagionali).

E' utilizzata una gamma di prodotti detergenti e disinfettanti ecocompatibili che uniscono alla gradevole profumazione anche l'atossicità, conformemente alla legge vigente. Le attrezzature elettromeccaniche, quando impiegate, sono conformi alle prescrizioni antinfortunistiche e di particolare silenziosità, in modo da non interferire con il lavoro delle professionalità e rispettare la quiete degli Ospiti/Utenti.

## **10. Servizi aggiuntivi**

### **1. Servizio di manutenzione**

E' Coopselios ad assicurare l'adeguatezza, l'affidabilità, la disponibilità, la tenuta sotto controllo delle infrastrutture attraverso una gestione controllata, garantita dall'*Ufficio Approvvigionamenti & Patrimonio Coopselios*, che prevede: un'adeguata *pianificazione degli interventi di manutenzione ordinaria preventiva*; la definizione delle *modalità di gestione degli interventi di manutenzione correttiva*; la *registrazione degli interventi di manutenzione effettuati*, per disporre di dati utili.

### **2. Servizio di trasporto ed accompagnamento**

La struttura ha a disposizione mezzi che permettono agli utenti di effettuare uscite sul territorio ed accompagnamenti in caso di visite mediche o di altro genere.

### **3. Servizio di Podologia – Manicure e Parrucchiere**

Se necessario è garantito (con personale convenzionato e in possesso dei titoli), il servizio di Podologia, presso lo studio del professionista, nella misura di **n. 1 intervento medio/ mese/ospite e al bisogno**. E', comunque, sempre garantito il servizio di manicure e parrucchiere presso esercenti specializzati

#### 4. Assistenza Spirituale

L'assistenza spirituale e religiosa è assicurata su richiesta dell'utente che potrà recarsi alla SS Messa in autonomia o accompagnato. Qualora vi fossero persone professanti diverse religioni da quella Cattolica, si assicurano accordi con le autorità religiose necessarie.

#### 5. Trasporti

Sono garantiti accompagnamenti programmati degli Ospiti/Utenti in luoghi specifici (ad esempio visite mediche) se non altrimenti garantiti dal contesto familiare o dalle associazioni a tale attività dedicate (CRI, Pubblica Assistenza, etc). In caso di attivazione quest'ultima modalità, la spesa sarà a totale carico dell'Ospite/Utente.

Per quanto attiene il servizio di trasporto da/per il Centro Diurno, esso è garantito con il mezzo della Struttura e solo quando strettamente necessario, in considerazione del fatto che il raggiungere autonomamente il Centro è uno degli **obiettivi dei percorsi riabilitativi e di autonomizzazione** degli Utenti che vede garantire il trasporto/accompagnamento solo per il tempo necessario ad acquisire tali competenze.

#### 11. Privacy

La Struttura risponde ai requisiti stabiliti della normativa europea in materia di trattamento dei dati personali.

La struttura, seguendo i requisiti stabiliti dalla Regione Liguria attraverso A.Li.Sa. esegue gli adeguamenti richiesti per il mantenimento di autorizzazione e successivamente accreditamento. A tale scopo si precisa che:

- Ai sensi della delibera della Giunta della Regione Liguria, è prevista la posa di un **sistema di video sorveglianza negli spazi esterni e negli atri e corridoi della residenzialità** previa l'informazione ex artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo per il tramite di materiale informativo, agli ospiti, ai familiari, agli eventuali interessati e agli operatori.

Gli spazi sottoposti a video sorveglianza sono riconoscibili da apposita cartellonistica.

#### 12. Impegni e programmi di miglioramento

“Villa Castagneto” si impegna a:

- garantire un'organizzazione sanitaria e socio-sanitaria che abbia un processo di pianificazione e programmazione delle attività orientate al miglioramento continuo della qualità;
- dare piena attuazione alla centralità dell'utente promuovendo la cooperazione, migliorando la qualità e la sicurezza delle cure, rafforzando l'innovazione, la ricerca e la sorveglianza epidemiologica;
- fornire all'utente e ai famigliari una corretta informazione sulle tipologie di prestazioni e sui servizi sanitari e socio-sanitari erogati;
- assicurare la corretta gestione della documentazione sanitaria affinché sia accurata, leggibile, accessibile e redatta tempestivamente per migliorare l'efficacia e la sicurezza delle cure, aumentare l'integrazione fra i diversi *setting* assistenziali e l'efficienza del processo di cura;

- garantire la sicurezza per gli utenti, per gli operatori e visitatori tramite una gestione della struttura e degli impianti finalizzata a ridurre, controllare, prevenire i rischi e pericoli e mantenere le condizioni di sicurezza;
- garantire la presenza di meccanismi efficaci per la gestione del rischio clinico e la prevenzione degli eventi avversi;
- gestire il rischio clinico e promuovere la cultura della sicurezza;
- rilevare il fabbisogno tecnologico, e prevedere l'introduzione di nuove tecnologie.

L'obiettivo del processo di monitoraggio/verifica più sopra indicato è quello di garantire la pianificazione e l'attuazione di un **percorso virtuoso di miglioramento continuo**, inteso come processo sistematico di implementazione di soluzioni migliorative, in coerenza con il "Risk based thinking" che adotta nella gestione dei processi lo strumento dell'azione preventiva. Per realizzarsi, il processo si struttura nelle azioni di seguito indicate, ognuna formalmente documentata, **sviluppate su due direttive**, spesso integrate e congiunte: **1. la ricerca e l'implementazione di una soluzione ad una non conformità di gestione** (di requisito/standard) o di una criticità che potrebbe produrla, anche in funzione della riduzione dei rischi di cura; **2. l'implementazione di innovazione tecnico-scientifica** a vantaggio dell'innalzamento qualitativo dei servizi. Per le **azioni correttive**, fondamentale è il sistema di analisi/verifica sino a qui descritto che consente di individuare modificare /aggiornare/implementare modi e strumenti utili a correggere o prevenire: l'analisi/studio dei dati/informazioni prodotti dal monitoraggio e dall' "Incident Reporting" consentiranno di individuare le cause della criticità e di proporre soluzioni adeguate. Le azioni di miglioramento orientano alla ricerca/implementazione di **innovazioni** utili al miglioramento. Questo il senso delle **annuali attività di ricerca/studio** attuate dalla Direzione Tecnica Coopselios e dell'attività di condivisione delle "best practice" individuate.

### 13. Standard di prodotto e qualità del servizio

Indicatore per la misurazione del processo/attività	Standard	Descrizione e numeratore	Descrizione e denominatore	Strumento rilevazione dati	Resp. rilev/elab. dati	Frequenza elaborazione ed invio dati a RSQ	Responsabile avvio AC/AP
Ricoveri ospedalieri in reparti psichiatrici		n.pazienti ricoverati in psichiatria	n.pazienti presenti in struttura	Registro di monitoraggio Mod. P111	Resp. del Servizio	Annuale Invio RSQ a	DS con C
Rifiuto inserimento paziente		n.rifiuti ingressi	n.medio regionale rifiuti	Registro di monitoraggio Mod. P111	Resp. del Servizio	Annuale Invio RSQ a	DS con C

Dimissioni non concordate		n. dimissioni non concordate	n.pazienti ospitati	Registro di monitoraggio Mod. P111	Resp. del Servizio	Annuale Invio RSQ a	DS con C
Invio al referente della relazione, andamento del progetto riabilitativo (100%)	Annua le	Numero progetti/ numero relazioni	Numero relazioni annuali inviate	Registro di monitoraggio Mod. P111	Resp. del Servizio	Annuale Invio RSQ a	DS con C
Gestione del rischio clinico Valutazioni e identificazione degli interventi di miglioramento e ritorno delle informazioni a tutti gli operatori		n.audit clinici	Strumento di rilevazione: Verbale	Registro di monitoraggio Mod. P111	Resp. del Servizio	Annuale Invio RSQ a	DS con C
Miglioramento della qualità del servizio erogato e degli obiettivi generali del servizio	>2 incontr i annual i	n. riunioni con committenza, familiari e utenti per la verifica del servizio erogato	Strumento di rilevazione: Verbale	Registro di monitoraggio Mod. P111	Resp. del Servizio	Annuale Invio RSQ a	DS con C
Progettazione e erogazioni del servizio	Almeno 10 riunioni equipe annuali	n. equipe fatte col personale in riferimento alla progettazione e erogazione del servizio	Strumento di rilevazione: Verbale e registro firme	Registro di monitoraggio Mod. P111	Resp. del Servizio	Annuale Invio RSQ a	DS con C

Soddisfazione del servizio Rispetto agli impegni dichiarati nella Carta dei Servizi	<2	Numero reclami ricevuti per insoddisfazione del servizio (mancato rispetto degli impegni dichiarati nella carta dei	Strumento di rilevazione: registro reclami	Registro di monitoraggio Mod. P111	Resp. del Servizio	Annuale Invio RSQ a	DS con C
Aggiornamento e formazione per tutto il personale: Piano annuale fabbisogni formativi	>3	Numero corsi di formazione programmati nell'anno	Strumento di rilevazione: registro firme	Registro di monitoraggio Mod. P111	Resp. del Servizio	Annuale Invio RSQ a	DS con C
Relazione tra professionisti sanitari, loro familiari e caregiver Formazione degli operatori sanitari alle abilità procedurali di counselling (empatia congruenza accettazione incondizionata comunicazione e di cattive notizie)	>1	n. neo assunti	n. corsi di formazione nell'anno	Registro di monitoraggio Mod. P111	Resp. del Servizio	Annuale Invio RSQ a	DS con C
Formazione (sicurezza gestione del rischio clinico e privacy)	100%	n. neo assunti	n. corsi di formazione programmati nell'anno	Registro di monitoraggio Mod. P111	Resp. del Servizio	Annuale Invio RSQ a	DS con C

Gestione del rischio clinico Piano annuale per la formazione del personale Almeno un corso all'anno	>1	n. corsi di formazione programmati nell'anno	Strumento di rilevazione: registro firme	Registro di monitoraggio Mod. P111	Resp. del Servizio	Annuale Invio RSQ a	DS con C
---	----	--	--	------------------------------------	--------------------	---------------------	----------

**ALLEGATO 1 – MODULO PER RECLAMO**

**SCHEDA RECLAMO**

Io sottoscritto Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Segnalo in data \_\_\_\_\_ quanto segue per conto di :

me stesso

altra persona  specificare \_\_\_\_\_

Eventuale grado di parentela \_\_\_\_\_

Struttura/servizio coinvolto \_\_\_\_\_

*DESCRIZIONE DEL FATTO PER CUI SI RECLAMA*

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

Firma.....

Verrà contattato dal responsabile di struttura/servizio per un incontro , pertanto le chiediamo di indicare negli spazi sottostanti il mezzo di comunicazione con cui preferisce essere contattato.

Numero di telefono: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**ALLEGATO 2 – MODALITA' MESSE IN ATTO PER LA PREVENZIONE DELL'INFEZIONE  
DA COVID-19**

## PROCEDURA GESTIONE ATTIVITA' PER CONTENIMENTO DIFFUSIONE COVID - 19

Con la presente proposta descriviamo l'ampliamento di n. 2 posti letto aggiuntivi per una "gestione emergenziale da infezioni".

I Nuclei già esistenti sono:

Al Piano Primo: **Nucleo Verde, 8 posti letto**

Al Piano Secondo: **Nucleo Tortora 8 posti letto**

Ampliamento: Al Piano Terra **Nucleo Beige con n. 2 posti letto**

Al **Nucleo Beige** è con una zona soggiorno e n. 1 camera a 2 pl organizzata in modo da favorire in sicurezza la mobilità, le manovre e la rotazione di sedie a ruote e di altri ausili;

La camera è collocata all'interno dell'ampliamento previsto all'esterno della struttura. Tale ampliamento ha individuato anche un locale che nella quotidianità funziona da giardino coperto per lo svolgimento delle attività laboratoriali, dotato di n. 2 servizi igienici con chiamata d'allarme; uno di essi è conforme alla normativa disabili e attrezzato per la non autosufficienza, e l'altro è dotato di wc con doccetta-bidet, un lavabo, e una doccia con il piatto a filo pavimento e dotata di sedile ribaltabile.

### SERVIZI PER LA RESIDENZIALITÀ

Oltre i servizi previsti dalla normativa vigente in tema di strutture residenziali psichiatriche per interventi socio riabilitativi, a seguire indichiamo tipologia e natura del *servizio dedicato all'emergenza* rivolto agli utenti residenziali e *periodo di sollievo* per gli utenti del semiresidenziale.

#### Gestione utenti in isolamento

I due posti-letto aggiuntivi verranno utilizzati in caso di emergenze legate a pandemie od infezioni batteriche e/o virali per cui è consigliato l'isolamento del pz. infetto (vedi anche casi di klebsiella), o sospetto.

Per la gestione del pz che necessità di isolamento è possibile utilizzare la parte della struttura oggetto dell'ampliamento.

Il personale prima di entrare dovrà indossare i dispositivi di protezione individuale denominati DPI nel bagno riservato al personale (n. 1) situato al Piano terra e accedere alla zona Rossa (isolamento).

Effettuati gli interventi previsti al/ai paziente/i ricoverato/i al piano terra, il personale effettuerà la procedura di svestizione e può uscire dalla zona rossa attraverso la porta (utilizzata esclusivamente dal personale)

Il nucleo è così attrezzato:

-n. 1 camera con due posti letto, gli arredi sono facilmente lavabili, sanificabili e igienizzabili. I letti articolati (a due snodi), sono dotati di sponde, di testate attrezzati, di materassi, cuscini, materiale antidecubito e con caratteristiche ignifughe e campanelli di chiamata per i 2 posti letto e nei servizi igienici, che fanno capo al quadro presidiato della struttura;

-n. 1 soggiorno arredato con tavolo e sedie più un divanetto (n. 6) dove i pazienti potranno consumare il pasto che l'operatore somministrerà attraverso il passaggio contrassegnato (La porta che separa il locale porzionatura dalla zona rossa verrà tenuta chiusa a chiave). In un angolo del soggiorno verrà allestito un punto dove collocare le attrezzature sanitarie necessarie (aspiratore, carrello chiuso per farmaci, parafarmaci, termometro, saturimetro pulsossimetro, sfigmomanometro ecc);

-n. 1 giardino esterno dove i pazienti isolati potranno usufruire di uno spazio esterno a loro dedicato in modo esclusivo. Gli accessi verranno chiusi a fornicatori, ospiti ed altri degenti tramite l'utilizzo di uno dei dispositivi a scelta tra cancelli rimovibili, transenne, nastri o coni di segnalazione per non ostacolare le eventuali vie di fuga antincendio con cancelli fissi.

Negli ambienti individuali saranno garantite adeguate caratteristiche microclimatiche.

Nella zona rossa dove avviene la procedura di svestizione verrà collocato un bio-box per la raccolta dei rifiuti speciali che verranno smaltiti attraverso la ditta specializzata.

La biancheria piana e la biancheria personale dell'ospite verranno collocate all'interno di sacchi idrosolubili i quali verranno posizionati all'interno di un carrello in acciaio e per i quali si procederà al lavaggio attraverso una ditta specializzata esterna.

Nella struttura verrà posizionata della segnaletica orientata a favorire gli spostamenti degli ospiti e del personale.

#### Gestione utenti semiresidenziale in Sollievo

I due posti-letto aggiuntivi, oltre a poter essere utilizzati in caso di emergenze legate a pandemie od infezioni batteriche e/o virali per cui è consigliato l'isolamento del pz. infetto, potranno essere utili anche quando fosse necessario effettuare un inserimento di ospiti diurni per un periodo di "sollievo".

Infatti con un intervento di questo tipo si potrebbero raggiungere svariati obiettivi:

- riduzione temporaneo del carico familiare in caso di care-givers momentaneamente non disponibili (per es. in caso di malattie o di ricoveri ospedalieri)
- miglioramento della qualità della vita di tutto il nucleo familiare con conseguente minor ricorso a ricoveri ospedalieri
- supporto ad ospiti diurni durante periodi di scompenso psicopatologico non gestibile a domicilio
- monitoraggio, osservazione ed interventi mirati ad ospiti diurni nel periodo di post-acuzie successivo ad un ricovero ospedaliero
- facilitazione di eventuali inserimenti definitivi c/o la struttura di ospiti diurni per i quali sia previsto un successivo cambio di progetto di vita

### **Servizio**

Il servizio garantisce la progettazione, la pianificazione e l'erogazione di tutte le attività sanitarie di prevenzione, di diagnosi e di cura della salute degli ospiti, nonché l'attività di prevenzione e controllo dell'igiene e profilassi dell'ambiente, delle attrezzature e degli alimenti. Attraverso l'erogazione di prestazioni specifiche dirette e indirette (attività di diagnosi e cura) e la supervisione a tutte le attività erogate dagli altri servizi, il servizio medico avrà la finalità di contribuire al benessere degli ospiti attraverso la salvaguardia della loro salute. Il servizio, inoltre, garantisce lo svolgimento delle attività riguardanti il debito informativo regionale oltre a collaborare costantemente con i soggetti istituzionali che tali flussi informativi controllano. Per l'erogazione del servizio saranno garantiti:

- l'impiego di professionalità in possesso dei requisiti di legge secondo un monte ore richiesto dalla normativa;
- la fornitura di tutte le attrezzature, farmaci e parafarmaci necessari ad assicurare il servizio secondo quanto disposto dalla normativa vigente;
- la progettazione e la pianificazione dei percorsi di prevenzione, diagnosi e cura;
- l'erogazione degli interventi di prevenzione, di diagnosi e cura;
- l'adempimento di tutte le attività previste dalle disposizioni di legge in materia medica, nonché dallo specifico codice deontologico;
- la raccolta e l'elaborazione di dati ed informazioni di natura complessa nell'ambito del sistema informativo che sarà implementato;
- il rispetto delle norme previste da: Testo Unico D.Lgs. 81/2008 in materia di sicurezza sul lavoro; D. Lgs. 155/97 (piano di autocontrollo);
- l'implementazione del Piano della Qualità per l'erogazione del servizio, che sarà redatto in conformità alle norme UNI EN ISO 9001:2015, nonché del Sistema di Accreditamento della Regione Liguria.

### **SANIFICAZIONE in STANZA DI ISOLAMENTO o ZONA BUFFER**

L'ausiliaria verrà adeguatamente fornita di DPI quali mascherina chirurgica monouso, calzari, cuffia, guanti monouso, e tuta impermeabile riutilizzabile. Le modalità di vestizione e de-vestizione sono le medesime degli operatori.

L'ausiliaria si occupa della sanificazione della camera e del relativo bagno una volta al giorno. La Sanificazione avviene mediante pulizia di tutte le superfici e maniglie con SPRAYCID o soluzione con ipoclorito di cloro. I pavimenti vengono lavati con candeggina diluita in acqua.

Il carrello delle pulizie è dedicato specificatamente e viene sanificato con Spraycid dopo l'uso.

### **RIFIUTI**

I DPI usati nella ed il materiale usato per l'igiene del paziente vengono smaltiti negli appositi bidoni per rifiuti speciali posizionati nelle stesse. Quando pieni vengono chiusi e posizionati dentro al bagno al piano terra (identificato da apposito cartello segnaletico), in attesa che la ditta di smaltimento li venga a ritirare.

I piatti, i bicchieri e le posate usate dal paziente vengono smaltiti nei rifiuti speciali.

## **BIANCHERIA**

Biancheria Piana: L'operatore che entra nella camera del paziente sospetto o in stanza buffer deve collocare la biancheria piana sporca all'interno del sacco idrosolubile di colore giallo appositamente fornito dalla ditta di lavanderia e porlo nell'apposito sacco di colore rosso che poi verrà riposto nel carrello della biancheria sporca.

Biancheria Ospite: andrà collocata in un sacco di colore diverso da quello usato per la lavanderia degli altri ospiti in modo da distinguerlo. Tale biancheria verrà lavata in una lavatrice dedicata con ciclo completo da 60 a 90 gradi.

Divise Operatori: Tutti gli operatori devono far lavare le proprie divise dalla lavanderia di struttura.

### **Decorrenza e durata**

Il presente protocollo decorre dal \_\_\_\_\_, data della sua pubblicazione, e ha durata sino al successivo aggiornamento.