

# *Centro Diurno Villa in Villa*

via Roma 21 - 35040 VILLA ESTENSE (PD)

Telefono 0429 - 660092 Fax 0429 - 662238

*www.villainvilla.it*

*e-mail: villainvilla@tiscali.it*



## **MANUALE DELLA QUALITÀ**

## INDICE

### **PREMESSA**

A) CHE COSA E' L'ORGANIZZAZIONE	PAG. 5
B) L'ORGANIZZAZIONE NEL CENTRO DIURNO	PAG. 6

### **IL MODELLO ASSISTENZIALE PROFESSIONALE**

- 1. <i>I PRINCIPI E LE PRASSI ASSISTENZIALI</i>	PAG. 8
- 2. <i>LE METODOLOGIE E GLI STRUMENTI ASSISTENZIALI</i>	PAG. 10
2.1 <i>LA VALUTAZIONE INTEGRATA DELLA DOMANDA</i>	PAG. 10
2.2. <i>LA PROGRAMMAZIONE</i>	PAG. 11
- 3 <i>PRASSI E METODOLOGIE DI ASSISTENZA (PROTOCOLLI)</i>	PAG. 12
- 4. <i>LA VALUTAZIONE DELLA QUALITA' ASSISTENZIALE</i>	PAG. 13

### **IL MODELLO ORGANIZZATIVO-GESTIONALE**

- 1. <i>LA LOGICA</i>	PAG. 15
- 2. <i>IL SISTEMA DEI RUOLI I RIFERIMENTI ORGANIZZATIVI</i>	PAG. 16
- 3. <i>SISTEMI DI GESTIONE E DI COORDINAMENTO</i>	PAG. 17

<b>LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA</b>	PAG. 19
-----------------------------------	---------

### **POSIZIONE DEI PROFILI PROFESSIONALI**

- <i>DIRETTORE</i>	PAG. 25
- <i>COORDINATORE DELL'ATTIVITA' SANITARIA (Infermiera)</i>	PAG. 28
- <i>REFERENTE DI STRUTTURA (Psicologa)</i>	PAG. 29
- <i>INFERMIERE</i>	PAG. 34
- <i>FISIOTERAPISTA</i>	PAG. 36
- <i>ANIMATORE / EDUCATORE</i>	PAG. 37
- <i>REFERENTE DI PROTOCOLLO DEL SERVIZIO ASSISTENZA (Oss)</i>	PAG. 38
- <i>OPERATORE SOCIO SANITARIO</i>	PAG. 40

MANUALE della QUALITA' AGGIORNATO AL MARZO 2009

- <i>RESPONSABILE RAGIONERIA-PERSONALE</i>	PAG.	42
- <i>RESPONSAILE ECONOMATO</i>	PAG.	44
<b>STRUMENTI PER LA RACCOLTA DEI DATI</b>	PAG.	45
- <i>SCHEDE COLLOQUIO PREAMMISSIVO</i>	PAG.	47
- <i>PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO</i>	PAG.	70
- <i>DIAGRAMMA DI GANTT</i>	PAG.	77
- <i>DIARIO GIORNALIERO</i>	PAG.	78
- SCHEMA BAGNI SETTIMANALI	<b>PAG</b>	
- FOGLIO EPISODIO CRITICO		
- FOGLIO COLLOQUIO CON I FAMILIARI		
- FOGLIO PER INSULINO DIPENDENTI		
- FOGLIO PROGRAMMA SETTIMANALE PRESENZE OSPITI		
- FOGLIO PROGRAMMAZIONE MENSA		
- FOGLIO BAGNI E VISITE PROGRAMMATE		
- <i>SCHEDE PER VERIFICARE IL GRADIMENTO DEI PARENTI DEGLI OSPITI IN MERITO ALL' ATTIVITÀ ASSISTENZIALE</i>	PAG.	88
- <i>PROTOCOLLI OPERATIVI DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' ASSISTENZIALI</i>	PAG.	93
- <i>SINTESI DEL PIANO</i>	PAG.	117
- OBIETTIVI		
- <i>PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE</i>	PAG.	
- <i>LINEE GUIDA A SOSTEGNO DELLE AZIONI DI TUTELA E DI GARANZIA DELL' ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE ASSISTITO NEI SERVIZI SEMI-RESIDENZIALI</i>	PAG.	131

# PREMESSA

A) CHE COSA E' L'ORGANIZZAZIONE

B) L'ORGANIZZAZIONE DEL CENTRO DIURNO

Per chiarire il concetto di Organizzazione ed evidenziare la necessità di adottare il Manuale Organizzativo occorre approfondire il concetto di ente ed azienda.

**a) che cosa è l'organizzazione**

Per chiarire la portata del concetto di Organizzazione e quindi della necessità di adottare il manuale organizzativo occorre approfondire scientificamente il concetto di *ente* ed *azienda*.

Un *ente* è un soggetto economico che opera per specifiche finalità ed ha una propria esistenza ed una propria individualità e può essere costituito da una persona fisica, da un insieme di persone fisiche o da una persona giuridica che agisce per finalità di carattere morale, economico, ricreativo, culturale ed assistenziale (ad esempio lo Stato, le Regioni, le Associazioni Culturali, le Cooperative e gli Enti di Assistenza).

Nel nostro caso trattasi di Cooperativa Sociale di tipo A (art. 6 della legge n. 381/91)

Le coop. sociali si prefiggono lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini attraverso: a) la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi.

Per raggiungere le proprie finalità *l'ente* deve svolgere una attività economica e perciò deve costituire una propria *azienda* che rappresenta lo strumento di cui si avvale *l'ente* per il raggiungimento dei suoi fini. Etimologicamente *azienda*, deriva dal latino *agenda* (agere = agire) che significa “operazioni da compiere”, “cose da fare”; *l'azienda*, è una *organizzazione di persone e di beni economici istituita per il conseguimento di un fine attraverso il complesso di operazioni che in essa vengono poste in essere*.

In base al *fine* le aziende si classificano in:

- Azienda di pura produzione (o di produzione per il mercato)
- Azienda di pura erogazione (o di consumo) che hanno come scopo il soddisfacimento dei propri bisogni.

Per il conseguimento dei fini istituzionali *l'azienda* esplica una complessa attività che viene denominata *amministrazione economica*: essa consiste nell'attività di governo dell'azienda, cioè nel complesso di operazioni poste in essere per il raggiungimento dei suoi fini.

L'amministrazione economica si attiva attraverso tre momenti astrattamente distinti ma fra loro intimamente connessi:

- **l'organizzazione**
- **la gestione**
- **la rilevazione**

L'**organizzazione** riguarda essenzialmente *il razionale ordinamento degli organi che dovranno operare nell'azienda, attraverso la coordinazione delle energie umane, materiali e immateriali in vista del migliore raggiungimento degli scopi per cui l'azienda viene istituita*.

In particolare costituiscono problemi di organizzazione:

- la scelta della forma giuridica (azienda individuale, cooperativa sociale, società di vario tipo)
- il reclutamento del personale;
- la determinazione delle funzioni e dei compiti da svolgere, nonché la loro attribuzione ai vari organi, fissandone la struttura, i poteri e le responsabilità. In senso stretto

l'organizzazione riguarda principalmente l'ordinamento costituito dall'insieme delle persone operanti nell'azienda.

La **gestione** è l'attività, cioè il complesso di operazioni ordinate sistematicamente mirate direttamente al conseguimento dei fini dell'azienda.

La **rilevazione** è costituita dalle registrazioni, annotazioni, scritture effettuate per consentire conoscenze utili ai fini di una conveniente gestione ed organizzazione; ha quindi scopi conoscitivi e di controllo.

A questo punto si constata che, pur essendo i tre momenti fra loro estremamente connessi, **l'organizzazione** e la **rilevazione** hanno una funzione strumentale rispetto alla **gestione**, nel senso che organizzazione e rilevazione efficienti sono condizioni necessarie, anche se non sufficienti per una perfetta gestione.

Il momento di sintesi fra i tre momenti compete alla direzione ed al consiglio di amministrazione dell'azienda.

### **b) L'organizzazione del Centro Diurno**

Con D.G.R. n. 39 del 17 gennaio 2006 la Regione Veneto ha definito le disposizioni applicative per la predisposizione del "Piano della Domiciliarità". Tale piano persegue gli obiettivi di promuovere il benessere nella persona vista nella sua globalità e ambiente di relazioni e di vita, di sostenere la scelta della permanenza a domicilio garantendo qualità e appropriatezza degli interventi nonché accessibilità ad una rete integrata di interventi e di servizi economicamente sostenibili nell'ambito territoriale di ciascuna Azienda ULSS.

I Centri Diurni socio-sanitari appartengono a tale rete di servizi; essi infatti sono destinati all'accoglienza, riabilitazione e recupero delle autonomie residue di persone non autosufficienti o con ridotta autonomia psico-fisica e relazionale che vivono nel proprio ambiente familiare, avendo la finalità di sostenere la famiglia nella gestione della persona favorendone la permanenza a domicilio e combattendo l'isolamento sociale.

I requisiti organizzativi minimi prevedono:

- *valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente secondo le indicazioni dell'UVM;*
- *stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati dall'UVM;*
- *lavoro degli operatori deputati all'assistenza secondo le modalità e le logiche dell'équipe interdisciplinare;*
- *raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività;*
- *coinvolgimento della famiglia dell'ospite;*
- *valorizzazione dell'intervento del volontariato;*
- *personale infermieristico, di educatore, di riabilitazione e di assistenza alla persona in relazione alle dimensioni ed alla tipologia delle prestazioni erogate e nel rispetto delle indicazioni regionali.*

La struttura assistenziale deve essere organizzata per gestire direttamente tutta la casistica dell'anziano dalla non autosufficienza fisica alla perdita delle capacità cognitive e si identifica con le seguenti specificità:

- *forte complessità:* consistente nella vasta gamma dei bisogni del singolo;

- forte *instabilità*: causata dalla elevata variabilità, determinata dal frequente cambiamento delle condizioni della persona;
- forte *differenziazione*: data l'unicità, irripetibilità del singolo, a prescindere dall'età e dalle condizioni psico-fisiche;
- forte *unitarietà*: richiesta dall'assoluta integrazione dell'individuo e dei suoi bisogni.

Il Centro Diurno VILLA in VILLA può accogliere fino ad un max di 30 ospiti

## **MODALITA' OPERATIVE**

- a) La richiesta di accesso al servizio viene inoltrata al Distretto di residenza dell'interessato ed inserita all'interno del programma informatico Aziendale.
- b) Tutte le richieste pervenute verranno valutate in sede di UVMD, **alla quale sarà invitato a partecipare anche un rappresentante del centro**. Il piano di intervento individuale elaborato e condiviso in questa sede dovrà contenere l'indicazione del periodo di permanenza all'interno del centro, la data di ingresso e la finalità dell'intervento stesso. Sempre in questa sede verrà segnalata l'eventuale urgenza della situazione utilizzando i criteri già individuati per l'inserimento in Struttura residenziale (vedi relativo Protocollo Operativo al punto 3);
- c) Per l'accesso alla struttura è indispensabile che l'UVMD del Distretto di residenza del richiedente riconosca lo stato di non autosufficienza e il livello assistenziale RIDOTTO. L'esito della valutazione sarà comunicato, a cura del Distretto di residenza del richiedente, attraverso l'invio del verbale alla persona di riferimento con allegata nota informativa inerente la documentazione richiesta per l'accesso alla struttura e la quota alberghiera a carico della persona o dei soggetti tenuti al pagamento. Il suddetto verbale dovrà inoltre precisare il periodo autorizzato.
- d) La pratica, completa di valutazione UVMD, viene inserita all'interno del programma informatico Aziendale per l'elaborazione della Graduatoria Unica.
- e) La graduatoria, verrà formulata secondo i medesimi criteri utilizzati per la formazione della Graduatoria Unica.
- f) La Struttura dovrà dare comunicazione, su apposita modulistica e tramite fax, al DSS di Conselve Monselice dell'avvenuto ingresso e dell'uscita degli ospiti; **dovrà inviare per ogni nuovo ospite accolto il relativo P. A. I. ed un elenco mensile riportante i nuovi ingressi, le uscite e le persone presenti all'interno del Centro nel mese in questione.**
- g) **Tale modalità operativa verrà dimessa all'attivazione completa del Sistema Informatico Aziendale.**

## **TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI**

### **Assistenza di Base**

Il Centro Diurno garantisce agli ospiti, tramite il proprio personale qualificato, le prestazioni assistenziali riassumibili in:

- ⇒ aiuto nell'igiene quotidiana ed effettuazione del bagno settimanale (per gli anziani impossibilitati a farlo al proprio domicilio);
- ⇒ aiuto nell'assunzione dei pasti;
- ⇒ controllo nell'assunzione delle terapie farmacologiche;

- ⇒ aiuto diretto e consulenza volti a favorire l'autosufficienza nelle attività quotidiane dell'ospite;
- ⇒ attività di segretariato sociale: espletamento di pratiche e consulenza dell'Assistente Sociale per favorire una migliore conoscenza dei servizi territoriali;
- ⇒ qualsiasi altro intervento utile all'ospite.

### **Attività di animazione e socializzazione**

Non essendo possibile definire un dettagliato programma delle attività del Centro Diurno senza una attenta conoscenza delle esigenze, delle attitudini e delle disponibilità degli anziani, nonché delle loro reali possibilità di partecipazione, si ipotizza in termini generali che il programma di animazione debba essere formulato perseguendo le seguenti finalità:

- ⇒ mantenimento e stimolo della manualità tramite attività occupazionali;
- ⇒ stimolo della memoria per il mantenimento di un corretto rapporto con l'ambiente spazio-temporale in cui l'anziano vive: terapia di orientamento di gruppo, lettura di quotidiani e riviste in gruppo, ecc.;
- ⇒ mantenimento delle capacità cognitive e di concentrazione: gioco della tombola, giochi con le carte, ecc.;
- ⇒ mantenimento dell'autonomia motoria (attività di ginnastica di mantenimento, ginnastica dolce);
- ⇒ attività di tipo ludico-ricreativo: ascolto di musica, proiezione di films, organizzazione di feste e di compleanni degli ospiti, gite, incontri, ecc. .

Le attività proposte, svolte accanto alle normali attività di vita quotidiana, saranno sviluppate attraverso il coinvolgimento individuale e di gruppo e saranno adattate agli ospiti che di volta in volta verranno accolti al Centro Diurno.

### **Prestazioni a carattere sanitario**

Le prestazioni a carattere sanitario, sia per quanto riguarda i servizi di medicina di base che specialistici, vengono assicurate dall'Azienda ULSS 17, **le modalità con le quali le stesse verranno erogate saranno definite in ulteriore documento.**

La struttura, inoltre, si avvale della consulenza del fisiatra dell'ULSS per la definizione di programmi individuali e collettivi delle attività di ginnastica e mobilizzazione.

### **Servizio mensa**

In relazione al tempo giornaliero di permanenza degli utenti presso il Centro Diurno, verrà garantito il servizio mensa.

### **Trasporto degli anziani**

Il trasporto verrà di norma effettuato dai familiari dell'anziano. Qualora sussistano condizioni di accertata impossibilità, si valuterà sulla base delle esigenze degli utenti la possibilità di attivare il trasporto gestito direttamente dal Centro Diurno.

## **AMMISSIONI**



## **Modalità per la presa in carico, definizione del piano di lavoro e verifiche**

L'inserimento dell'ospite avviene a seguito di valutazione positiva da parte della competente UVMD. Una volta acquisito tale parere, la Struttura provvede a :

- ⇒ raccogliere informazioni tramite colloquio e compilazione della cartella clinica con i familiari o i relativi tutori; durante tale momento vengono inoltre prospettate al richiedente ed ai suoi familiari le finalità della struttura e le attività che vi si svolgono;
- ⇒ valutare il caso nell'ambito del gruppo di lavoro composto dall'Assistente Sociale e dagli operatori addetti all'Assistenza di Base;
- ⇒ strutturare un piano di intervento le cui modalità saranno poi concordate, oltre che dal gruppo di lavoro, anche assieme al richiedente ed ai suoi familiari. Il piano di intervento stesso sarà sottoposto a periodiche verifiche e revisioni da parte del gruppo di lavoro.

L'inserimento dell'anziano avviene secondo il piano di lavoro individualizzato (PAI) predisposto dalle figure professionali del Centro Diurno formulato sulla base di tutte le conoscenze acquisite nella fase istruttoria. Il piano di lavoro dovrà essere descrittivo dell'intervento programmato, indicando gli obiettivi che si intendono raggiungere nonché le modalità operative ed i compiti finalizzati al loro raggiungimento; dovranno inoltre essere indicate le modalità di trasporto, i tempi di frequenza e la durata dell'inserimento. Il piano di lavoro, così come gli eventuali cambiamenti e modifiche del programma, sarà concordato con l'utente ed i suoi familiari.

Periodicamente, con l'ospite e la sua famiglia e con la partecipazione degli operatori interessati, verranno effettuate verifiche circa il programma svolto ed i risultati ottenuti, al fine di adeguare il piano di lavoro alle mutate condizioni dell'ospite.

L'accoglimento della domanda, l'ammissione al Servizio di Centro Diurno e la retta a carico dell'utente sono disposti con apposito provvedimento amministrativo.

Nei casi in cui venga richiesto un inserimento di emergenza, in attesa della normale procedura che dovrà essere comunque attivata, si provvederà, in via temporanea e provvisoria, all'ammissione al Servizio.

Delle presenti Linee Guida costituisce parte integrante :

- ✎ Allegato " A " (MOD comunicazione ingresso / dimissione ospite)

## **Graduatoria Unica**

L'accesso al Centro Diurno viene regolato da apposita Graduatoria Unica, gestita da un referente individuato dall'Az. Ulss 17 secondo i criteri descritti al **punto e)** delle "Modalità Operative" delle presenti Linee Guida.

### **ORARIO: Gli orari del "Centro Diurno" sono i seguenti:**

- ❖ dal LUNEDÌ al SABATO dalle 8,00 alle 18,00

Per quanti non si avvalgono del servizio di trasporto fornito dal Centro Diurno Villa in Villa

- ❖ l'orario di ENTRATA dalle 8,00 alle 9,00
- ❖ quello di USCITA dalle 16,00 alle 16,30

**in ogni caso le attività del Centro Diurno si concludono alle 16,30.**

## **COSTI PER L'UTENTE**

**Costo retta**

I seguenti costi si intendono esclusi del trasporto

Retta Giornaliera (dalle 8,00 alle 17,00) € 23,00 al giorno (tutto incluso) € 18,40 residenti

Retta Part- Time (dalle 8,00 alle 13,00) € 16,50 (comprensiva di pranzo) € 13,20 residenti

**Costo trasporto**

€ 2,50 a tratta entro i 15 Km

€ 3,50 a tratta sopra i 15 km

**Altri costi**

bagno assistito (su richiesta) € 5,00

accompagnamento sanitario (su richiesta) € 15,00 orarie

# **IL MODELLO ASSISTENZIALE**

## **PROFESSIONALE**

### ***1. I PRINCIPI E LE PRASSI ASSISTENZIALI***

### ***2. LE METODOLOGIE E GLI STRUMENTI ASSISTENZIALI***

2.1 LA VALUTAZIONE INTEGRATA DELLA DOMANDA

1.2 LA PROGRAMMAZIONE

### ***3. PRASSI E METODOLOGIE DI ASSISTENZA (PROTOCOLLI)***

### ***4. LA VALUTAZIONE DELLA QUALITA' ASSISTENZIALE***

## 1. I PRINCIPI E LE PRASSI ASSISTENZIALI

In coerenza con le specificità dell'utenza e dei suoi bisogni, il modello assistenziale deve assumere un "taglio" riabilitativo globale, fortemente centrato sulla domanda. Ciò significa che il servizio individua e persegue obiettivi di recupero e di mantenimento delle capacità residue degli anziani in tutte le fasi e in tutti gli ambiti di vita dell'ospite, cercando di rendere compatibili il più possibile l'efficacia tecnica degli interventi con il gradimento della persona (bene-essere).

L'impegno della struttura deve essere quello di mantenere attivi gli ospiti, agendo sul piano della "mobilitazione" fisica e psico-sociale, intese come motivazione al vivere.

La filosofia del servizio prevede che nessuna azione e intervento può accadere per "caso" in assenza di obiettivi e di processi assistenziali definiti sulla base delle aspettative e delle condizioni dell'utente.

Si tratta di progettare e di programmare la "spontaneità" di un'azione assistenziale efficace e gradevole in continuità e sintonia con i percorsi e i tempi di una vita normale.

L'approccio riabilitativo prevede una forte sintonia e sinergia professionale e operativa. In particolare l'intervento fisioterapico e l'attività di animazione possono produrre, se effettivamente integrati, circoli virtuosi all'interno dei quali il sostegno e il recupero fisico e psico sociale si rinforzano reciprocamente.

Le attività più propriamente riabilitative si raccordano strettamente con l'assistenza socio assistenziale di base e sanitaria, sia per progettare gli interventi, in coerenza con la domanda, che per qualificare e arricchire l'assistenza, "trasferendo" e "trasfondendo" nei processi di intervento una logica e una pratica professionale sempre più connotata in senso riabilitativo.

In tal senso è previsto che i Fisioterapisti e gli Animatori siano presenti periodicamente in tutte le fasi di vita dell'anziano e di attività del servizio, per poter fornire il supporto necessario alla qualificazione dell'assistenza in senso riabilitativo.

Il modello assistenziale-professionale deve fare perno sul monitoraggio delle condizioni e dei bisogni degli anziani per operare per "ipotesi" di risultato e secondo logiche e metodi quasi sperimentali, che implicano verifiche sistematiche dei risultati raggiunti, la loro valutazione in rapporto ai metodi e ai processi adottati e la regolazione continua delle azioni assistenziali.

Fatti e dati sull'anziano, ipotesi delle ragioni che li determinano, obiettivi di modifica dello stato globale dell'ospite verso condizioni di maggior benessere, progetti e processi di assistenza, riflessioni e valutazioni sistematiche, revisione e regolazione degli interventi, nuovi progetti sono gli elementi che caratterizzano, in particolare, il metodo dell'assistenza alla persona gravemente non autosufficiente.

Il modello assistenziale professionale deve essere in grado di esprimere:

- Una forte *flessibilità e adattabilità* alle diverse condizioni degli anziani e ai cambiamenti dei bisogni del singolo anziano nel tempo;
- Un'*elevata reattività*, intesa come tempestività di risposta alle dinamiche delle condizioni degli anziani;
- Una forte *continuità di azione degli operatori*, sul piano dei contenuti dell'intervento, in particolare, delle modalità-relazioni con l'anziano, per garantire una condizione di agio e di sicurezza, fondamentale rispetto al bene-essere dell'ospite;

- Una forte *continuità di azione del servizio*, che deve esser in grado di gestire l'intera gamma di bisogni dell'utente al proprio interno e presso l'ambiente di vita dell'anziano;
- Una *specializzazione puntuale*, a presidio degli specifici bisogni e interventi con gli anziani;
- Un'*intensa e sistematica integrazione professionale e operativa* fra tutte le figure professionali che interagiscono con l'anziano per recuperare sul piano del raccordo interdisciplinare, l'unitarietà della persona, spesso "frantumata" fra le singole discipline e per incrementare il grado di flessibilità e di reattività della struttura.

## 2. LE METODOLOGIE E GLI STRUMENTI ASSISTENZIALI

### *1.1 LA VALUTAZIONE INTEGRATA DELLA DOMANDA*

La valutazione del sistema delle condizioni, dei bisogni, delle abitudini e delle aspettative di gradimento degli anziani implica la messa a punto di un processo costante di rilevazione e di interpretazione della “domanda” articolato, sostanzialmente, in due percorsi professionali e opportunità di differente valenza, ma assolutamente integrati fra loro. L'uno rivolto agli aspetti biologici dell'anziano e condotto prevalentemente, ma non esclusivamente, dalle figure sanitarie. L'altro orientato alla lettura della dimensione psico-sociale degli anziani e gestito prevalentemente, ma non esclusivamente, dagli Operatori Socio-Sanitari.

La valutazione della dimensione biologica deve essere compiuta dallo staff infermieristico e riabilitativo utilizzando anche strumenti oggettivi quali scale valutative e test che misurano il livello di autosufficienza del soggetto nello svolgimento delle principali attività quotidiane e nelle funzioni cognitive.

La valutazione degli aspetti assistenziali di base e psico-sociali deve essere compiuta dagli Operatori Socio-Sanitari e dall'Animatore, utilizzando specifici strumenti e schede di osservazione dei comportamenti degli Ospiti.

L'analisi e la valutazione biologica e quella psico-sociale degli anziani sono integrate per ricostruire il sistema unitario delle condizioni, dei bisogni, delle aspettative, delle abitudini e del gradimento della persona e rappresentano il dato di riferimento per tutti i processi di assistenza e di gestione successivi, dalla programmazione degli interventi individuali e delle strategie dell'ente, alla verifica e regolazione delle attività di assistenza.

In particolare l'analisi e la valutazione individuale è già parte del piano di assistenza individuale (PAI).

Altro strumento informativo adottato, indispensabile per dare continuità ed efficacia alla gestione dell'anziano, è la SVAMA e la Cartella clinica utilizzata unitariamente da tutte le figure professionali di assistenza.

## 2.2. LA PROGRAMMAZIONE

Ogni livello organizzativo della struttura opera per piani di lavoro, basati su una puntuale e organica analisi delle condizioni e dei bisogni degli anziani, degli impegni e dei livelli di qualità e di efficienza della struttura e delle sue singole articolazioni.

I piani di ciascun livello organizzativo prendono spunto e si collocano all'interno degli indirizzi e degli obiettivi dei livelli di riferimento che, a loro volta, mettono a punto le proprie strategie operative "attingendo" informazioni e suggerimenti dai collaboratori.

I piani di ciascuna unità devono essere raccordati con gli obiettivi e le azioni dei ruoli e delle articolazioni della struttura con le quali hanno un rapporto di stretta interdipendenza.

Il processo di pianificazione "alto/basso" – "basso/alto" e "lateralizzato" (elaborato con il contributo anche dei colleghi), garantisce lo sviluppo di attività in linea con le scelte politiche aziendali, congruenti con i bisogni e le condizioni degli utenti e coerenti fra loro.

La gestione prevede l'adozione della metodologia del piano di assistenza individuale integrato (più oltre solo PAI), di piani gestionali, del piano riabilitativo e del piano dell'animazione.

Il PAI deve essere formulato dall'équipe, composta dal Coordinatore di Struttura Assistenziale, dagli Infermieri Professionali, dal Coordinatore del Servizio Assistenza, dagli Operatori Socio-Sanitari, dall'Animatore, dal Fisioterapista. Nella formulazione del PAI è opportuno che assumano particolare risalto l'Operatore Socio-Sanitario e l'Infermiere Professionale tutor.

Il PAI viene gestito e aggiornato sistematicamente dai tutor stessi e dal Coordinatore di Struttura Assistenziale, attraverso momenti di verifica e di valutazione comuni (microequipe). Qualora l'analisi del caso presenti la necessità di approfondimento e di integrazione di indagine, gli operatori chiedono il supporto delle altre figure professionali.

Il piano riguarda la programmazione annuale delle attività e delle risorse in relazione agli obiettivi di benessere e organizzativi identificati dal Coordinatore di Struttura Assistenziale e dal Coordinatore del Servizio Assistenza del nucleo.

Il Coordinatore di Struttura Assistenziale coinvolge nella formulazione del piano gli Operatori Socio-Sanitari, gli Infermieri Professionali, il Fisioterapista e l'Animatore, in grado di fornire puntuali dati e proposte in merito alla gestione degli anziani, per dare organicità, equilibrio e coerenza, sia interne, che rispetto alle azioni delle altre figure professionali, al progetto annuale.

Il piano riabilitativo e il piano dell'animazione vengono formulati rispettivamente dal Fisioterapista e dall'Animatore. Date le condizioni di non autosufficienza degli anziani, è opportuno che riabilitazione e animazione raccordino sempre più le proprie analisi e i propri interventi, nella prospettiva di realizzare un'azione di "riattivazione" globale, condotta congiuntamente, facendo leva sulle capacità e sulle motivazioni residue dell'anziano. I due piani vengono formulati in linea con gli indirizzi della struttura e con la partecipazione degli operatori di assistenza, in grado di fornire ai tecnici di 2° livello (Fisioterapista ed Animatore) informazioni e suggerimenti in merito alle condizioni e ai comportamenti degli anziani.

### 3. PRASSI E METODOLOGIE DI ASSISTENZA (PROTOCOLLI)

La prassi d'ingresso in struttura prevede il colloquio d'inserimento, per conoscere il potenziale utente nel suo ambiente di vita e dare continuità al suo percorso esistenziale, per effettuare una prima valutazione di massima delle condizioni, dei bisogni, delle abitudini e predisporre un percorso di ingresso e di prima permanenza in struttura il più possibile congruente.

Le figure professionali incaricate di realizzare il colloquio sono, di norma, il Direttore, il Referente di Struttura, l'Operatore Socio-Sanitario e l'Infermiere futuro tutor dell'ospite.

La struttura definisce precise metodologie d'intervento assistenziale (protocolli) relative a tutte le fasi e le attività che l'anziano svolge all'interno e all'esterno.

I protocolli definiscono le modalità generali, valide, cioè per tutti gli ospiti, con cui gli operatori sono chiamati ad agire ed a rapportarsi con gli anziani. L'identificazione e l'adozione dei protocolli hanno l'obiettivo di rendere gli interventi degli operatori congruenti con le condizioni, con i bisogni e con il gradimento degli anziani e di dare omogeneità di intervento al singolo ospite e vengono definiti nei piani di assistenza individuale.

Le metodologie d'intervento vengono verificate e riformulate periodicamente, sulla base dei cambiamenti riscontrati nelle condizioni e nei comportamenti degli anziani.



#### 4. LA VALUTAZIONE DELLA QUALITA' ASSISTENZIALE

Il sistema di valutazione e di sviluppo della qualità dell'assistenza all'anziano, intesa come connubio fra gradimento dell'ospite ed efficacia tecnica degli interventi, in grado di realizzare elevate condizioni di bene-essere degli anziani, prevede l'adozione, oltre che dei requisiti strutturali e gestionali, di indicatori e di indici di qualità e di efficienza.

I parametri di qualità riguardano:

- Il grado di benessere bio-psico-sociale di cui godono gli anziani (indicatori di risultato-benessere)
- La tipologia e le modalità di gestione delle attività di assistenza e di "riattivazione" (indicatori assistenziali)
- Le capacità professionali degli operatori (indicatori professionali)
- Le metodologie e gli strumenti informativi e operativi utilizzati dal servizio (indicatori di processo).

Il sistema di valutazione della qualità assistenziale prevede la verifica periodica del gradimento degli anziani e dei loro familiari rispetto al sistema delle azioni sviluppate all'interno del servizio, tramite opportune metodologie (questionari, interviste).

# **IL MODELLO ORGANIZZATIVO**

## **GESTIONALE**

*1. LA LOGICA*

*2. IL SISTEMA DEI RUOLI E I RIFERIMENTI ORGANIZZATIVI  
(DIPENDENZE)*

*3. SISTEMI DI GESTIONE E DI COORDINAMENTO*

## 1. LA LOGICA

L'esigenza di diversificazione, di "personalizzazione", di flessibilità, di specializzazione, di reattività, di continuità, di interdisciplinarietà del sistema assistenziale è garantita da un assetto organizzativo disegnato secondo due direttrici, verticale e orizzontale-circolare, e tre logiche di progettazione: la differenziazione nell'articolazione, il decentramento e l'integrazione.

La direttrice "verticale" è tracciata lungo le funzioni specialistiche e assicura gli obiettivi di area:

- sanitaria
- socio-assistenziale
- economico-finanziaria

garantendo:

- il presidio efficace degli aspetti tecnico-specifici della gestione e dei singoli bisogni dell'anziano, attraverso l'adozione di strumenti e comportamenti professionali e operativi "disciplinari" qualificati;
- l'omogeneità delle azioni assistenziali e gestionali delle specifiche "famiglie" professionali del servizio ciascuna delle quali si trova a condividere approcci e metodologie di intervento "proprie".

La direttrice orizzontale-circolare è tracciata lungo la domanda e assicura gli obiettivi globali assistenziali e aziendali ed è identificata dai nuclei di assistenza, e garantisce il presidio della complessità e della globalità della gestione del servizio e della persona anziana.

L'articolazione e la differenziazione della struttura in sottosistemi organizzativi autonomi, all'interno degli indirizzi e delle scelte generali del servizio favorisce la possibilità di diversificare l'azione assistenziale della struttura per "gruppi" di anziani e per singoli ospiti, adottando interventi, modalità, tempi, sistemi di relazioni specifici per utente.

Il decentramento organizzativo e professionale, ossia l'assegnazione di precise responsabilità e poteri decisionali a livelli organizzativi intermedi e operativi, incrementa il grado di reattività-tempestività della risposta alle dinamiche dei bisogni dell'anziano, oltre alla flessibilità e alla diversificazione degli interventi e alla congruenza degli adattamenti alle variazioni di stato degli ospiti. Il decentramento e la delega di responsabilità condizioni organizzative indispensabili nei servizi alla persona, in particolare non autosufficiente che presuppongono una struttura fortemente qualificata, professionalmente "matura" ed affidabile, dovendo gestire un'utenza particolarmente fragile e dipendente.

L'integrazione orizzontale, fra ruoli e settori differenti, e verticale fra figure professionali con diversi livelli di responsabilità, assicura la sintonia e le sinergie necessarie a realizzare un campo di forze gestionali monodirezionale, orientato, cioè, verso gli stessi risultati globali, per il singolo anziano, come per l'intera struttura, e scandito da logiche e pratiche assistenziali ed attività omogenee e compatibili.

L'aggregazione degli operatori "attorno" a gruppi di anziani e la loro gestione per bisogni e obiettivi di bene-essere complessivo (bio-psico-sociale), il coordinamento fra gli Operatori Socio-Sanitari e gli Infermieri Professionali, i Fisioterapisti, gli Animatori, il riferimento degli operatori a ruoli comuni o, comunque, raccordati fra loro, l'adozione di logiche organizzative e professionali, di metodi e strumenti di intervento omogenei, la gestione di progetti intrecciati e condivisi rappresentano le "leve" fondamentali per l'integrazione interdisciplinare e interfunzionale delle figure del servizio, oltre ad agire da catalizzatori per lo sviluppo di valori, logiche e approcci (cultura professionale) comuni, "sottostanti" le specifiche rispettive conoscenze e capacità tecnico-operative.

## 2. IL SISTEMA DEI RUOLI E I RIFERIMENTI ORGANIZZATIVI (DIPENDENZE)

In coerenza con le esigenze di specializzazione disciplinare e operativa e con la necessità di sintesi assistenziale e gestionale della struttura il modello organizzativo prevede due tipologie di posizioni di “lavoro”, gestionali manageriali e tecnico-professionali.

Della prima tipologia (gestionali manageriali) fanno parte:

- Il Direttore;
- Il Referente di Struttura;

Fanno riferimento alla seconda tipologia (tecnico-professionali):

- il Coordinatore dell'attività sanitaria Infermiere
- l'Operatore Socio Sanitario;
- il Fisioterapista;
- l'Animatore;

Il Direttore risponde al consiglio di amministrazione al quale deve garantire il supporto per le decisioni politiche strategiche e la conoscenza degli elementi più significativi per la verifica e la valutazione dei risultati della gestione della struttura.

Al Direttore riferiscono:

- il Coordinatore dell'Attività Sanitaria;
- il Fisioterapista (per gli aspetti organizzativo-gestionali);
- gli Infermieri (per gli aspetti organizzativi-gestionali);
- l'Animatore/Educatore;
- gli Operatori Socio-Assistenziali/Operatori Socio-Sanitari.
- le Ausiliari

### 3. SISTEMI DI GESTIONE E DI COORDINAMENTO

La struttura è chiamata a pianificare gli obiettivi e la gestione delle attività anche a livello di servizio e di Azienda.

Il Referente di Struttura è tenuto a elaborare e presentare al Direttore nell'autunno di ogni anno, prima, comunque, dell'elaborazione del bilancio preventivo (budget), il piano operativo (annuale) e il piano strategico (triennale), che identificano i risultati attesi per l'anno e il triennio successivo, le azioni da sviluppare a sostegno degli obiettivi di breve e di medio termine, e le risorse necessarie alla realizzazione delle azioni. Il piano del settore assistenziale viene elaborato con il supporto e la consulenza del Coordinatore dell'Attività Sanitaria.

Il Direttore mette a punto e presenta al consiglio di amministrazione il piano operativo e il piano strategico dell'ente, elaborato anche sulla base del piano di settore. Il piano strategico dell'ente contiene gli obiettivi globali, le azioni e le risorse necessarie a produrre i risultati attesi.

Piano di settore e strategico dell'Azienda rappresentano il riferimento "vincolante" del bilancio preventivo, identificato come il sistema di finanziamento dei risultati e delle risorse, compatibile, naturalmente con i mezzi.

Piano di settore e strategico, e relativi "budget", rappresentano lo strumento-riferimento per la realizzazione, la verifica-valutazione periodica e la regolazione degli obiettivi e delle azioni aziendali.

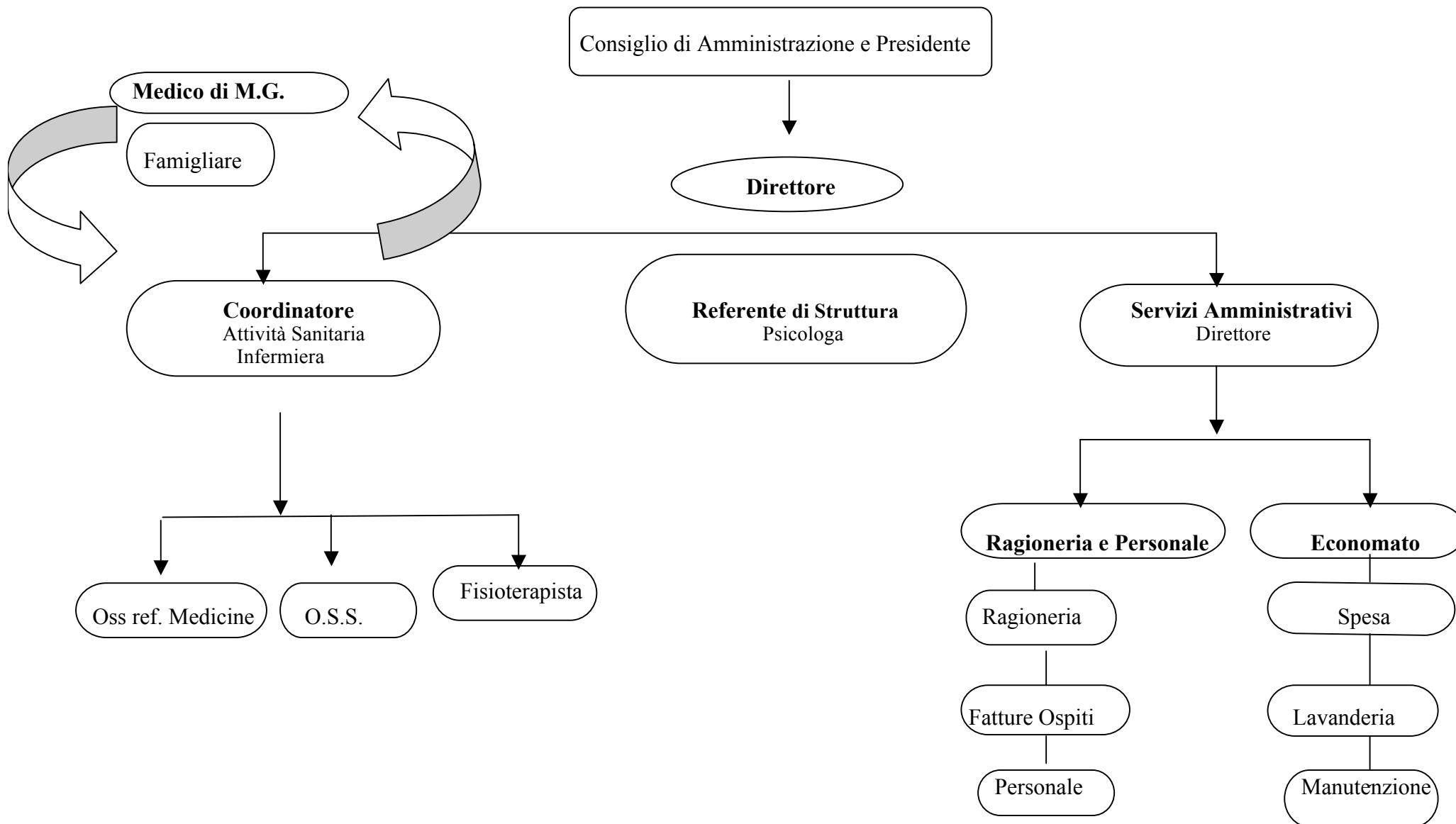
Il raccordo e le sinergie fra i ruoli e le aree della struttura sono garantite da alcuni organismi di integrazione professionale e operativa rappresentati da:

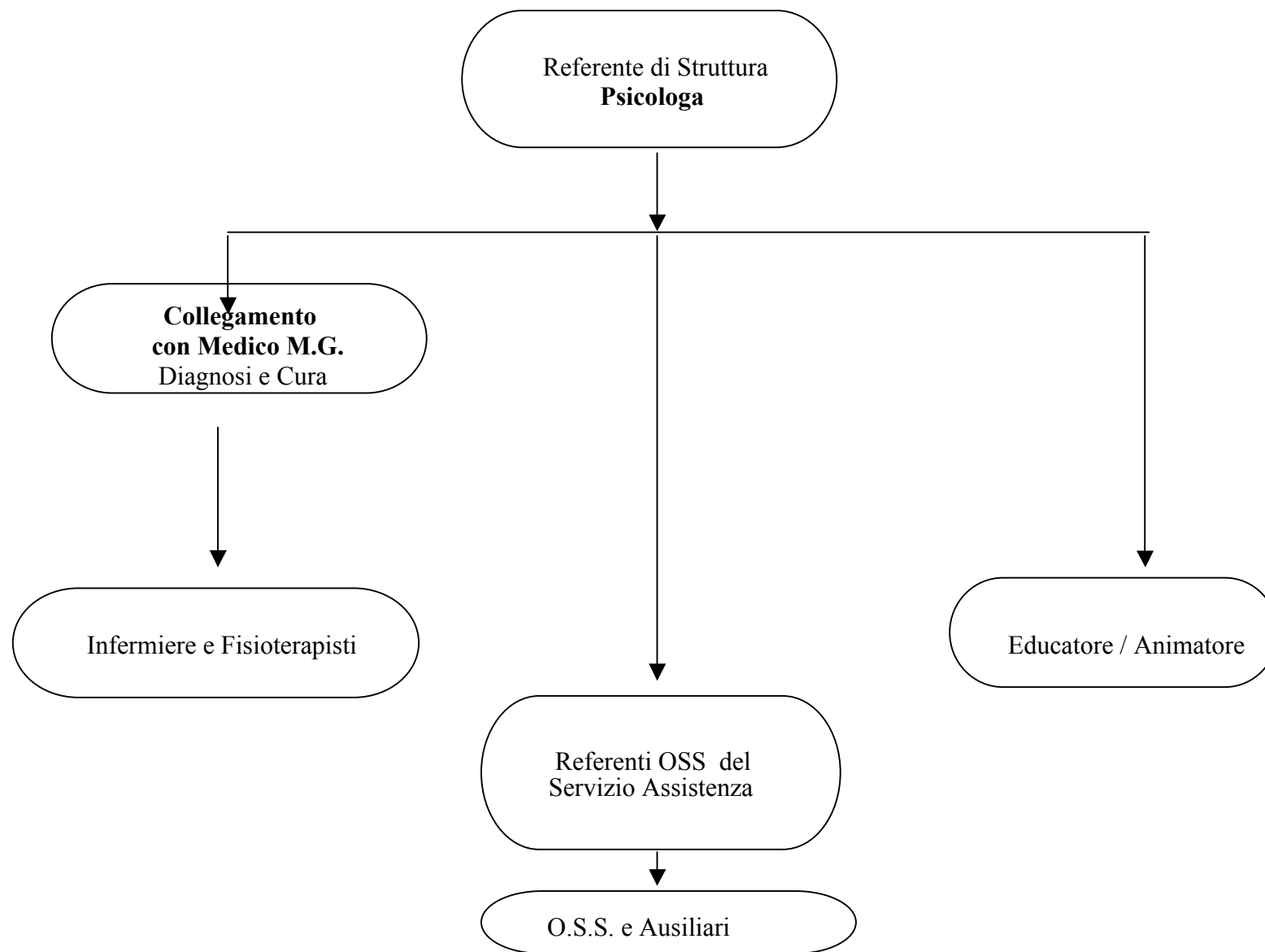
- Comitato Direttivo, cui partecipano il Direttore, il Coordinatore dell'Attività Sanitaria, il Referente di Struttura che ha lo scopo di garantire un'impostazione e una gestione delle attività e delle risorse unitarie e unidirezionali rispetto ai risultati da perseguire come servizio e ai processi da percorrere ;
- Comitato Operativo, cui partecipano sistematicamente il Referente di Struttura, l'Infermiere Professionale, il Fisioterapista, e l'Animatore che ha lo scopo di realizzare un modello assistenziale e operativo del servizio improntato allo sviluppo qualitativo delle attività e degli operatori, fortemente integrato nelle sue differenti componenti professionali, sistematicamente e organicamente regolato sulla base dei risultati assistenziali e di efficienza prodotti.
- incontri di equipe, cui partecipano tutti gli Operatori presenti, che ha lo scopo di analizzare, valutare e gestire i "casi" secondo una logica di progetto assistenziale interdisciplinare e di esaminare e affrontare i problemi e i cambiamenti organizzativi e gestionali necessari per una assistenza sempre in linea con la domanda e con le esigenze di efficienza della struttura;
- riunioni generali di struttura, rivolti a tutto il personale in servizio, per fornire informazioni di carattere generale in merito all'andamento, a modifiche, problematiche sopraggiunte, a risultati o a progetti "aziendali";

- coordinamento socio-amministrativo, cui partecipano, di norma, il Direttore e i consiglieri di Amministrazione, che ha lo scopo di definire e adottare prassi e sistemi di lavoro in grado di raccordare sistematicamente l'azione dell'area dell'assistenza e l'azione dell'area amministrativo-gestionale.

Ogni Responsabile funzionale (per gli aspetti tecnico-specialistici), e gerarchico-organizzativi (per gli aspetti organizzativi - gestionali) di servizio e di unità adotta metodi di coordinamento sistematico dell'azione dei collaboratori diretti, per dare la massima efficacia e razionalità ai processi e ai comportamenti professionali.

## STRUTTURA ORGANIZZATIVA







TITOLO DELLA POSIZIONE:	Direttore
DIPENDE DA:	Presidente
	Consiglio di amministrazione

---

Il Direttore è responsabile della gestione amministrativa, tecnica, economica, finanziaria e socio-assistenziale della medesima, nei limiti delle risorse, delle direttive e degli obiettivi assegnati dal Consiglio di amministrazione.

Egli è responsabile della correttezza amministrativa nonché dell'efficienza ed efficacia di gestione in relazione alle risorse assegnate e alle attribuzioni conferite.

Al Direttore competono tutti gli adempimenti specificatamente previsti dalle vigenti normative e dal regolamento, nonché l'assolvimento degli obblighi derivanti dal disciplinare dell'incarico (contratto di lavoro).

Il medesimo, in conformità dei programmi, degli stanziamenti di bilancio e del relativo budget assegnato annualmente dal Consiglio di Amministrazione, adotta gli atti ed i provvedimenti amministrativi compresi quelli che impegnano verso l'esterno disponendo di autonomi poteri di spesa e di organizzazione, nonché delle necessarie risorse umane, strumentali e di controllo.

Il Direttore è responsabile complessivamente dell'attività amministrativa, delle risorse assegnate, della corretta realizzazione del budget annuale sia in entrata che in uscita, della gestione e dei relativi risultati nonché della qualità dei servizi resi all'utenza, rispondendone al Consiglio di Amministrazione in relazione agli obiettivi fissati dallo stesso.

Il Direttore prende parte alle riunioni del Consiglio d'Amministrazione ed esprime obbligatoriamente il proprio parere su ogni proposta di deliberazione sottoposta allo stesso Consiglio.

In attuazione di quanto sopra definito, il Direttore esercita, tra gli altri, i seguenti compiti e poteri:

- a) collabora con il Consiglio di Amministrazione nella predisposizione dei piani strategici, relaziona allo stesso con periodicità almeno trimestrale sull'andamento della gestione evidenziando in particolare gli scostamenti rispetto alle previsioni di budget ed agli indirizzi ricevuti, i conseguenti provvedimenti adottati per superare dette situazioni nonché fornendo informazioni sulla realizzazione dei budgets dei singoli Servizi e sul livello qualitativo dei servizi prestati;
- b) sottopone tempestivamente al Consiglio di Amministrazione proposte per l'approvazione del bilancio preventivo e del bilancio di esercizio, della dotazione organica di personale, di regolamenti, accordi e convenzioni che comportino impegni pluriennali, nonché di ogni altro provvedimento di competenza dell'Organo;
- c) riferisce al Consiglio d'Amministrazione in ordine al sistema di controllo di gestione, del controllo strategico e di qualità dell'attività complessiva;
- d) trasmette il contenuto dei piani, dei programmi e delle direttive generali definiti dal Consiglio di Amministrazione curandone l'attuazione;
- e) attribuisce incarichi ai Responsabili dei Servizi, fissandone gli obiettivi da perseguire ed

- attribuendo le conseguenti risorse umane, finanziarie e strumentali attraverso la definizione di budget annuali di Servizio;
- f) dirige e controlla l'attività dei Responsabili dei singoli Servizi garantendone l'intervento coordinato sulla base di azioni programmate e verificate con i Responsabili stessi;
  - g) adotta tutti gli atti ed i provvedimenti amministrativi ed esercita i conseguenti poteri di spesa, nei limiti degli stanziamenti del bilancio preventivo e del budget annuale;
  - h) ricopre la funzione e le responsabilità di Datore di lavoro stipulando i contratti individuali di lavoro ed adottando nei confronti dei dipendenti i provvedimenti disciplinari di competenza, in particolare in attuazione delle norme del D.Lgs. 626/94 e successive modificazioni ed integrazioni, per il corretto svolgimento delle quali ha l'obbligo di riservare idonea disponibilità finanziaria in sede di determinazione del budget annuale.

In qualità di responsabile della struttura segue e organizza i seguenti punti:

- 1) Assicura la conoscenza della domanda di assistenza della popolazione anziana residente nella zona di riferimento, attraverso il collegamento con le organizzazioni pubbliche e private competenti.
- 2) Elabora e propone alla posizione superiore le modifiche di servizio (quale utenza/ quali prestazioni) coerenti con l'evoluzione dei bisogni della popolazione anziana e compatibili con le risorse della struttura.
- 3) Elabora e propone alla posizione superiore il programma complessivo pluriennale (sviluppo di medio lungo periodo) ed il programma annuale pluriennale (sviluppo di medio lungo periodo) ed il programma annuale (obiettivi e azioni di breve periodo) delle strutture, essendosi consultato con il coordinatore delle attività sanitarie.
- 4) Elabora e propone alla posizione superiore il budget di struttura e ne garantisce la gestione.
- 5) Assicura la realizzazione del programma annuale e pluriennale. In particolare:
  - svolge un'azione di indirizzo complessivo delle attività e delle risorse della struttura;
  - verifica le prestazioni globali, sulla base dei risultati prodotti;
  - interviene direttamente concordando azioni correttive - con le figure professionali interessate - a fronte di significativi scostamenti fra obiettivi previsti e risultati ottenuti;
  - elabora e propone alla posizione superiore i protocolli di intesa per i servizi forniti dalla Azienda provinciale per i Servizi Sanitari;
- 6) Assicura lo sviluppo delle qualità del servizio attraverso:
  - l'individuazione degli standards di riferimento complessivi e di singola attività;
  - la promozione di atteggiamenti e comportamenti professionali conseguenti;
  - la partecipazione attiva degli Operatori, di diversi livelli, all'individuazione di soluzioni migliorative delle prestazioni all'utenza;
  - il controllo del rispetto dei parametri di qualità definite.
- 7) Assicura la corretta gestione dell'accesso e dell'accoglimento dell'utente nella struttura, avendo presente la scelta di tipologia di utenza in particolare:
  - elabora e propone alla posizione superiore i criteri e le prassi di ammissione, coordinandole con i responsabili degli Enti esterni competenti e con i responsabili degli altri servizi del territorio;
  - gestisce l'ingresso sulla base dei criteri e delle prassi definite dall'Ente, delle priorità contingenti e della compatibilità domanda/offerta di servizio (coerenza fra bisogni dell'anziano e interventi realizzabili dalle strutture);
  - assicura l'elaborazione del programma "globale" (socio-assistenziale e sanitario) dell'Ospite, attivando le professionalità necessarie.
- 8) Garantisce l'innovazione tecnologica in relazione ai presidi igienico-sanitari, proponendo alla posizione superiore le soluzioni migliorative individuate direttamente e attraverso la collaborazione con il coordinatore dell'attività sanitaria.

- 9) Elabora e propone alla posizione superiore i cambiamenti della struttura organizzativa di sistemi e strumenti di organizzazione e di gestione delle risorse e delle attività, atte a garantire proposte inerenti con l'evoluzione dell'utenza ed in grado di migliorare il livello di efficienza ed efficacia del servizio.
- 10) Assicura lo sviluppo di integrazione professionale, organizzativa ed operativa fra i diversi ruoli e servizi della struttura, con particolare riferimento alle macro-aree sociale e sanitaria. A tal fine attiva metodi e strumenti di lavoro interdisciplinare (programmi integrati, riunioni, comitati, gruppi di progetto...) e specifici momenti di formazione al lavoro "orizzontale".
- 11) Elabora e propone alla posizione superiore politiche, sistemi e strumenti di selezione, gestione, valutazione e sviluppo del personale coerenti con le filosofie, i piani della struttura assistenziale, il regolamento di gestione e con la normativa prevista.
- 12) Assicura un efficace svolgimento dei processi di reclutamento e di selezione del personale, partecipando ad azioni e procedure previste dalla normativa vigente.
- 13) Indirizza, coordina il personale che riferisce a lui direttamente e ne valuta le prestazioni, sulla base dei risultati prodotti e delle capacità professionali espresse.
- 14) Garantisce il rispetto della disciplina interna, intervenendo direttamente per quanto di sua competenza o proponendo agli organi competenti le sanzioni come da normativa.
- 15) Assicura lo sviluppo professionale del personale, attraverso l'attivazione di interventi di addestramento, aggiornamento e formazione. In particolare garantisce la rilevazione dei bisogni formativi degli Operatori ai diversi livelli e la elaborazione del relativo piano. A tal fine, mantiene gli opportuni rapporti con gli enti e le società esterne di formazione, gli Istituti Universitari e di ricerca del settore.
- 16) Assicura una gestione razionale ed efficiente dei servizi generali della struttura, proponendo le soluzioni più idonee e controllando i risultati di quantità e qualità prodotti.
- 17) Elabora e propone alla posizione superiore la politica dei rapporti con i familiari degli utenti, coerenti con la filosofia e i piani della struttura.
- 18) Mantiene e sviluppa rapporti di integrazione informativa, professionale e, ove possibile, organizzativo-operativa con il sistema dei servizi socio-sanitari della zona (rete dei servizi), in particolare con quelli operanti nel settore anziani, con le Organizzazioni del Volontariato e con tutti gli enti e le Istituzioni interessate.
- 19) Promuove l'immagine del servizio, realizzando una gestione trasparente e aperta all'esterno, divulgando le attività e i risultati prodotti, partecipando ad iniziative specifiche in materia di anziani e promuovendone alcune proprie.
- 20) Cura il proprio aggiornamento professionale, per tutti gli aspetti inerenti le responsabilità del ruolo.
- 21) Cura la gestione delle risorse umane al fine di garantire la integrazione di tutti i profili sanitari (Medico, Infermieri Professionali e Fisioterapisti) e socio assistenziali (Coordinatore del Servizio Assistenza, Operatori Socio Sanitari e Animatore). Garantisce l'ottimale gestione di tutte le risorse umane, ivi compreso l'orario di lavoro. Con particolare riferimento al personale turnista attuerà schemi di turni predeterminati, approvati dalla Direzione, per garantire l'imparzialità. Per la gestione dei turni di servizio il Coordinatore regolamenterà con propri atti di indirizzo chi fa la cartella dei turni e da chi e come verrà gestita.
- 22) Cura l'integrazione con gli altri settori dell'ente, in particolare con i servizi alberghieri, il servizio manutenzione e i servizi amministrativi, utilizzando strumenti e prassi operative proposte della struttura, per assicurare le risorse e le prestazioni necessarie all'assistenza e al benessere degli anziani. A tal fine può partecipare agli incontri periodici ed i responsabili di tali servizi, per valutare e incrementare ove necessario, l'efficacia delle relazioni operative fra i servizi e la funzionalità degli strumenti utilizzati allo scopo.
- 23) Cura, secondo le prassi della struttura, l'ingresso dell'anziano effettuando o delegando ai collaboratori le visite di pre-ingresso presso il domicilio dell'anziano e/o le visite dell'anziano e dei familiari presso la struttura.

- 24) Cura, o assicura l'elaborazione del programma di inserimento dell'ospite in struttura, al fine di creare le migliori condizioni possibili di benessere per l'anziano al momento del suo ingresso e nel corso del primo periodo di permanenza nel servizio.
- 25) Assicura la realizzazione dei livelli di qualità definiti dalla struttura, attraverso l'adozione e l'utilizzo corretto delle prassi e degli strumenti previsti dal servizio, l'elaborazione di proposte migliorative riguardo i contenuti e i processi di assistenza l'adozione di "stili" gestionali in grado di favorire la partecipazione consapevole degli operatori tutti.
- 26) Indirizza, coordina e controlla i collaboratori e ne valuta le prestazioni sulla base dei risultati prodotti e delle capacità professionali espresse. Garantisce il rispetto della disciplina interna, intervenendo direttamente, o proponendo alla posizione superiore le sanzioni previste dalla normativa.
- 27) Assicura lo sviluppo professionale dei collaboratori identificandone i bisogni di aggiornamento e di formazione e proponendo i relativi programmi, al fine di migliorare le capacità e i comportamenti professionali degli operatori tutti, in coerenza con l'evoluzione delle condizioni e dei bisogni degli anziani e con i nuovi impegni del servizio.
- 28) Assicura, per quanto di competenza, l'approvvigionamento dei materiali necessari per l'erogazione dell'assistenza agli anziani e per il funzionamento, raccordandosi con i Coordinatori dei servizi delle attività alberghiere (cucina, trasporto, manutenzione, lavanderia e guardaroba e pulizie) fornendogli tutti gli input necessari, utilizzando le prassi e gli strumenti informatizzati messi a punto dalla struttura.
- 29) Propone l'acquisto di ausili e di strumenti tecnici assistenziali e gestionali al fine di incrementare il grado di benessere degli anziani, di garantire la sicurezza e la tutela della salute degli operatori tutti e di migliorare il grado di efficienza del servizio.
- 30) Cura e assicura una gestione dei rapporti con i familiari coerente con gli indirizzi della struttura e volta, comunque, a favorire la continuità e l'intensità del rapporto fra gli anziani e i loro parenti, al fine di creare le migliori condizioni possibili di benessere per gli ospiti.

TITOLO DELLA POSIZIONE: Coordinatore dell'Attività Sanitaria (Infermiera)  
DIPENDE DA: Direttore ( per gli aspetti organizzativi e gestionali )

---

### **FINALITÀ DELLA POSIZIONE**

Le funzioni di coordinamento delle attività sanitarie nel Centro Diurno, a titolo esemplificativo e non esaustivo, comprendono:

- Collaborazione nelle attività di organizzazione della vita comunitaria, ammissione ed inserimento degli ospiti, coordinamento dei piani di intervento individuali, controllo di qualità della cura e dell'assistenza in generale;
- Direzione e coordinamento dell'attività del personale infermieristico e di riabilitazione, anche sulla base delle indicazioni del medico specialista, da impartirsi al Medico di assistenza generica;
- Adozione, controllo e vigilanza delle norme igienico-sanitarie e di sicurezza secondo le norme vigenti;
- Predisposizione ed attuazione di misure di prevenzione nei confronti della comunità e dei singoli ospiti, secondo le norme vigenti;
- Approvvigionamento dei farmaci forniti direttamente dalla famiglia e vigilanza sulla loro utilizzazione;
- Organizzazione di telefonate periodiche con il medico che svolge funzione di assistenza generica per ogni ospite.;
- Raccordo con l'Azienda sanitaria e con il distretto;
- Raccordo con i medici specialisti;
- Ogni altro adempimento connesso alla gestione sanitaria della struttura.

In qualità di responsabile della struttura sanitaria segue e organizza i seguenti punti:

1. Mantiene i contatti con i MMG degli ospiti per l'individuazione delle metodologie e dei protocolli tecnici-professionali, al fine di impostare e realizzare un'assistenza infermieristica congruente con le condizioni degli anziani e con il modello "riabilitativo" della struttura.

2. Cura la raccolta sistematica dei dati e delle informazioni relative alle condizioni e ai comportamenti degli ospiti, al fine di realizzare un'azione di prevenzione e di intervento precoce e di mantenere e migliorare lo stato di salute degli anziani.

3. Elabora e propone programmi di intervento e ne garantisce l'integrazione professionale e operativa con i piani di assistenza individuali. In particolare, assicura lo sviluppo di raccordo e di sinergia con le figure socio-assistenziali attraverso:

- Il colloquio di pre-ingresso;
- la presa in carico integrata degli anziani al momento dell'ingresso;
- l'elaborazione e la realizzazione di programmi interdisciplinari individuali;
- la consultazione sistematica con gli operatori socio assistenziali di base (micro-équipe), per la regolazione dell'intervento;

- l'adozione di metodologie e di strumenti di lavoro e di gestione delle informazioni comuni in grado, comunque, di favorire la sintonia professionale e operativa;
- la partecipazione sistematica agli incontri di équipe;
- la partecipazione a percorsi formativi comuni con il personale socio-assistenziale.

4. Assicura la realizzazione dei programmi, nel rispetto dei livelli qualitativi previsti e in osservanza del profilo professionale definito dalla specifica normativa.

In particolare:

- affianca il personale di assistenza nei casi di bisogno o di valutazione;
- assicura l'intervento del bisogno sanitario in caso di bisogno;
- cura la gestione dei farmaci e del materiale d'uso;
- cura la tenuta delle cartelle cliniche, compilando regolarmente la sezione di sua competenza;
- attua, in collaborazione con il personale socio-assistenziale le indicazioni relative alla posturazione e alla riattivazione/mobilizzazione fornite dai tecnici della riabilitazione, con i quali mantiene costanti rapporti;
- controlla la rispondenza delle diete alle prescrizioni mediche;
- organizza e segue le visite specialistiche richieste presso i presidi sanitari esterni o presso la struttura.

5. Cura l'ingresso dell'anziano in struttura, secondo le prassi definite, effettuando, in collaborazione con l'Operatore Socio Sanitario, il colloquio di pre-ingresso e mettendo a punto il programma integrato di assistenza per l'inserimento dell'ospite nel servizio.

6. Assicura il mantenimento e l'incremento della qualità dell'assistenza all'anziano, attraverso:

- il perseguimento dei livelli di struttura;
- sviluppo di metodologie di intervento e di relazione differenziate e flessibili, congruenti con le condizioni e le aspettative dei singoli anziani.

7. Mantiene rapporti con i familiari degli anziani, secondo le politiche proprie della struttura, al fine di fornire le informazioni di competenza e di favorire la presenza dei parenti nel servizio.

TITOLO DELLA POSIZIONE: Referente di struttura (Psicologa)

DIPENDE DA: Direttore

---

### **FINALITÀ DELLA POSIZIONE**

Si occupa della gestione del personale, della programmazione delle attività, del coordinamento con i servizi esterni della verifica dei programmi attuati, in particolare:

1. Mantiene i contatti con le assistenti sociali della zona di provenienza degli ospiti
2. Coordina il gruppo degli operatori
3. Gestisce i colloqui con famigliari e ospiti su problematiche psicologiche, comprese le terapie relative ai casi trattati
4. Promuove attività individuali e di gruppo, tra le quali anche la musicoterapia e animazioni su programmi di riabilitazione cognitiva
5. Gestisce e definisce con l'èquipe il progetto individuale per ogni utente (PAI)
6. Organizza i colloqui di inserimento e compila le cartelle degli utenti verificando l'aggiornamento da parte degli altri operatori
7. Predisporre i piani individuali per la riabilitazione cognitiva degli ospiti
8. Mantiene relazioni costanti con i familiari degli ospiti
9. Controlla e provvede alle necessità relative al funzionamento del centro

TITOLO DELLA POSIZIONE: Fisioterapista  
DIPENDE DA: Direttore (per gli aspetti organizzativi gestionali)

---

### **FINALITÀ DELLA POSIZIONE**

1. Definisce sulla base degli indirizzi del Fisiatra, in accordo con il Medico di M.G., il programma delle attività di riabilitazione psico-motoria individuali e di gruppo, raccordandolo con gli altri interventi socio-assistenziali e sanitari in un'ottica di piano riabilitativo globale.

2. Realizza con la supervisione del Fisiatra gli interventi previsti dal programma, al fine di sviluppare, mantenere e/o contenere la perdita delle capacità residue degli anziani e del loro grado di autosufficienza e di realizzare le condizioni di benessere previste.

3. Cura sistematicamente la raccolta dei dati e delle informazioni relative alle condizioni, ai bisogni, ai comportamenti, alle richieste e il gradimento dei singoli ospiti, al fine di programmare interventi riabilitativi congruenti e di contribuire al monitoraggio globale della domanda.

4. Svolge attività di consulenza e di supporto agli operatori, al fine di garantire la continuità e l'efficacia degli interventi riabilitativi svolti con gli ospiti, di fornire agli operatori socio sanitari le indicazioni e i metodi idonei per posturare e mobilitare efficacemente gli anziani e di dare una valenza riabilitativa all'azione assistenziale degli operatori, per tutti gli aspetti e i momenti della vita dell'anziano in struttura. A tal fine presenza e prende visione, periodicamente, del complesso delle attività svolte dagli ospiti in struttura (alzata, igiene, colazione, ...).

5. Cura l'integrazione della propria attività con gli altri interventi socio-sanitari, attraverso l'elaborazione di programmi individuali, l'adozione di metodi e di prassi d'intervento interdisciplinari, la partecipazione agli incontri di equipe, al fine di dare la massima continuità e omogeneità possibile al sistema delle azioni di assistenza prodotte con gli ospiti.

In particolare, raccorda il proprio intervento con l'attività di animazione, allo scopo di produrre un rinforzo reciproco dell'efficacia dei rispettivi interventi e dell'azione comune prodotta.

6. Propone al Direttore, in sede di equipe, l'acquisto di ausili, attrezzature e strumenti riabilitativi, per incrementare il grado di efficacia dell'azione terapeutica.



TITOLO DELLA POSIZIONE: Animatore / Educatore  
DIPENDE DA: Direttore

---

### **FINALITÀ DELLA POSIZIONE**

1. Elabora e propone il programma di animazione, avendone condiviso gli obiettivi e le azioni con il Direttore, sulla base delle condizioni e delle aspettative degli anziani, al fine di predisporre in tempi utili le iniziative necessarie a realizzare le condizioni di massimo benessere possibile per gli ospiti.

2. Realizza direttamente e attraverso la collaborazione degli Operatori Socio-Sanitari, i programmi presentati e approvati, fornendo loro, in modo sistematico, indirizzi, supporto e supervisione. Svolge attività di consulenza e di orientamento degli operatori, al fine di dare valenza riabilitativa al complesso degli interventi di assistenza di base. A tale scopo presenza e prende visione, periodicamente, di tutte le attività svolte dagli ospiti in struttura (alzata, igiene, colazione, ...).

3. Fornisce supporto al Direttore per la messa a punto di strategie di animazione diversificate e flessibili in grado di coinvolgere tutti gli anziani in momenti di riattivazione individuali e collettivi. A tal fine ricerca e sperimenta nuove forme e modalità di animazione e di "occupazione", in stretta collaborazione con il Fisioterapista e con gli Operatori per realizzare iniziative di recupero globale integrato delle capacità e delle motivazioni degli ospiti.

4. Cura sistematicamente la raccolta dei dati e delle informazioni relativi alle condizioni, ai bisogni, ai comportamenti, alle aspettative e al gradimento dei singoli ospiti, al fine di programmare e realizzare interventi di riattivazione congruenti e di contribuire al monitoraggio globale della domanda.

5. Cura l'integrazione della propria attività con gli altri interventi socio-sanitari, attraverso l'elaborazione di programmi individuali, l'adozione di metodi e di prassi di intervento interdisciplinari, la partecipazione agli incontri di équipe, al fine di dare la massima continuità, omogeneità ed efficacia possibile alla propria azione e al sistema assistenziale.

In particolare, raccorda il proprio intervento con l'attività di riabilitazione, allo scopo di produrre un rinforzo reciproco dell'efficacia dei rispettivi interventi e dell'azione comune prodotta.

6. Elabora e propone, in accordo con il Direttore, le attività assistenziali, i programmi di aggiornamento degli operatori in materia di animazione e di relazione con gli anziani, al fine di rinforzare la matrice riabilitativa dell'approccio e dei comportamenti professionali degli operatori.

TITOLO DELLA POSIZIONE: Referente di protocollo del servizio assistenza. (OSS)  
DIPENDE DA: Direttore

---

### **FINALITÀ DELLA POSIZIONE**

1. Assicura al Direttore, nell'ambito di indirizzi di massima, la conoscenza della domanda (condizioni, bisogni, richieste, comportamenti) socio-assistenziale e del gradimento degli anziani, la raccolta e la tenuta dei dati e delle informazioni relative agli utenti e al centro. Ne garantisce la diffusione selezionata e "mirata" all'interno del servizio, al fine di realizzare un sistema assistenziale e organizzativo coerente con la domanda e con gli obiettivi di benessere globale e individuale. Dovrà utilizzare gli strumenti e le procedure in uso.
2. Assicura al Direttore la proposta del piano operativo del servizio fornendo dati, informazioni e suggerimenti in merito agli anziani, all'assistenza, all'organizzazione e alle risorse del nucleo.
3. Propone al Direttore il piano, in linea con gli obiettivi e le strategie assistenziali e in sintonia con i programmi di intervento delle altre figure professionali (Infermiere Professionale, Fisioterapista, Animatore) al fine di prefigurare e realizzare un'impostazione e una gestione delle attività e delle risorse interdisciplinare imperniata sulla domanda degli anziani, sulle priorità del nucleo e sulle esigenze di efficienza operativa.
4. Garantisce al Direttore la collaborazione nella realizzazione del piano, nel rispetto dei livelli di qualità e di efficienza identificati e adottati dalla struttura.

In particolare:

- indirizza coordina controlla e regola le attività e le risorse secondo le indicazioni di massima del Direttore per la programmazione e la verifica degli interventi e dell'azione assistenziale da parte degli Operatori Socio Sanitari;
  - su indicazioni di massima del Direttore crea raccordo fra le attività e gli Operatori Socio Sanitari e gli interventi di assistenza, animazione e riabilitazione realizzati dalle figure professionali;
  - gestisce in modo sistematico e tempestivo il flusso delle informazioni in "verticale" (vertice-base e base-vertice) e in "orizzontale" (fra settori e ruoli diversi) sia all'interno del centro, che fra il centro e le altre articolazioni della struttura utilizzando gli strumenti idonei.
5. Propone al Direttore, all'interno dell'equipe, modifiche dell'assetto e del funzionamento organizzativo dell'assistenza di base e dei metodi e strumenti di intervento degli Operatori Socio Sanitari al fine di incrementare il grado di rispondenza del servizio alle condizioni e ai bisogni degli anziani.

6. Se delegato dal Direttore e su sua indicazione di massima assicura la presenza del personale socio assistenziale attraverso la predisposizione e la gestione imparziale dei turni di lavoro in coerenza con i criteri predefiniti.

TITOLO DELLA POSIZIONE: Operatore Socio Sanitario

DIPENDE DA: Direttore

---

### **FINALITÀ DELLA POSIZIONE**

Il profilo professionale dell'Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) è stato definito con deliberazione della Giunta Provinciale n. 1643 del 30 giugno 2000.

L'Operatore Socio-Sanitario è l'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzate a soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, finalizzate al recupero, al mantenimento ed allo sviluppo di benessere e di autonomia della persona.

L'Operatore Socio-Sanitario svolge la sua attività sia nel settore sociale che in quello sanitario, nei servizi di tipo socio-assistenziale e socio-sanitario, residenziali o semiresidenziali, in ambiente ospedaliero o a domicilio della persona assistita. Il suo intervento si caratterizza nella sua specificità in relazione a tali contesti, differenziandosi per livelli di responsabilità e per aree di autonomia.

I destinatari degli interventi dell'Operatore Socio Sanitario possono essere: anziani, minori, persone con handicap fisico o psichico, in stato di disagio sociale o di emarginazione, persone con problemi di salute in fase acuta, cronica, terminale.

L'Operatore Socio-Sanitario svolge la sua attività inserito in equipe, in collegamento funzionale e in collaborazione con gli operatori professionalmente preposti, rispettivamente all'assistenza sanitaria e a quella sociale.

Le attività dell'Operatore Socio-Sanitario sono rivolte alla persona e al suo ambiente di vita e di cura, sono volte a valorizzarne le capacità residue e rafforzarne l'autostima e l'autonomia nel rispetto del diritto di autodeterminazione, in coerenza con il progetto assistenziale definito dall'équipe del servizio. La sua attività è caratterizzata da un approccio globale alle problematiche dell'assistito col quale mantiene un rapporto di vicinanza e di continuità che richiede specifiche competenze relazionali.

Le attività dell'Operatore Socio-Sanitario afferiscono alle seguenti aree di intervento:

1. interventi di assistenza diretta alla persona;
2. interventi di assistenza alla persona di specifico carattere sanitario;
3. interventi di relazione con l'assistito, la famiglia, l'équipe di lavoro;
4. interventi di comfort, di igiene e di sicurezza sugli ambienti di vita, assistenziali e di cura della persona;
5. interventi di organizzazione e verifica delle proprie attività nell'ambito della pianificazione del lavoro e di integrazione con gli altri operatori e servizi.

All'interno dell'Azienda l'Operatore Socio-Sanitario espleta le seguenti attività.

1. Cura sistematicamente (monitora) la raccolta delle informazioni relative alle condizioni, ai bisogni, ai comportamenti, alle richieste, al gradimento del singolo ospite, al fine di programmare, realizzare e regolare gli interventi di assistenza in coerenza con le dinamiche della "domanda" degli anziani.

2. Collabora, all'interno dell'équipe di nucleo, con le altre figure professionali per l'elaborazione dei piani di assistenza individuali PAI, al fine di personalizzare il più possibile l'azione del servizio con i singoli ospiti. Supporta il Coordinatore del Servizio Assistenza per l'elaborazione del piano di nucleo, allo scopo di rendere gli obiettivi e le azioni del piano medesimo il più congruenti possibile con le specifiche condizioni e aspettative degli ospiti.

3. Realizza i PAI per quanto di sua competenza, e fornisce assistenza agli anziani curando in particolare:

- l'igiene personale
- l'abbigliamento
- l'alimentazione
- l'unità abitativa
- la mobilitazione
- la socializzazione/animazione
- le relazioni interpersonali
- il riposo

secondo modalità di intervento e di rapporto orientate a mantenere/sviluppare il grado di autonomia globale e di benessere dell'anziano.

4. Cura l'ingresso dell'anziano in struttura, gestendo o partecipando con il Direttore, a tutte le azioni previste, alla predisposizione ed alla realizzazione del programma di accoglimento e di inserimento dell'anziano.

5. Integra la propria azione con le prestazioni delle altre figure professionali, in particolare degli Infermieri Professionali, del Fisioterapista e dell'Animatore, per realizzare interventi di assistenza organici e coordinati, tralasciati su obiettivi interdisciplinari di riabilitazione e di benessere globali. A tal fine partecipa agli incontri e all'équipe, quale figura cardine per la conoscenza dell'anziano e per la programmazione degli interventi con gli ospiti.

6. Supporta il Direttore per realizzare un modello assistenziale e organizzativo coerente con le condizioni e i bisogni degli anziani, fornendo dati e suggerimenti in merito, al fine di migliorare la qualità e l'efficienza delle prestazioni fornite agli ospiti.

7. Propone al Direttore l'acquisto di strumenti, ausili e materiali utili allo sviluppo della qualità degli interventi, del grado di benessere degli anziani e dell'efficienza del servizio.

8. Tiene rapporti nel momento del trasporto dell'ospite con i familiari riguardo all'attività socio-assistenziale, in coerenza con gli obiettivi e le prassi definite dal servizio.

#### **ELENCO DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' PREVISTE PER L'OPERATORE SOCIO-SANITARIO CON FORMAZIONE COMPLEMENTARE IN ASSISTENZA SANITARIA.**

L'operatore socio-sanitario, che ha seguito con profitto il modulo di formazione complementare in assistenza sanitaria (O.S.S.S.), oltre a svolgere le competenze professionali del proprio profilo, coadiuva l'infermiere o l'ostetrica/o e, in base all'organizzazione dell'unità funzionale di

appartenenza e conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione, e' in grado di eseguire:

la somministrazione, per via naturale, della terapia prescritta, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione;

la terapia intramuscolare e sottocutanea su specifica pianificazione infermieristica, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione;

i bagni terapeutici, impacchi medicali e frizioni;

la rilevazione e l'annotazione di alcuni parametri vitali (frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e temperatura) del paziente;

la raccolta di escrezioni e secrezioni a scopo diagnostico;

le medicazioni semplici e bendaggi;

i clisteri;

la mobilizzazione dei pazienti non autosufficienti per la prevenzione di decubiti e alterazioni cutanee;

la respirazione artificiale, massaggio cardiaco esterno;

la cura e il lavaggio e preparazione del materiale per la sterilizzazione;

l'attuazione e il mantenimento dell'igiene della persona;

la pulizia, disinfezione e sterilizzazione delle apparecchiature, delle attrezzature sanitarie e dei dispositivi medici;

la raccolta e lo stoccaggio dei rifiuti differenziati;

il trasporto del materiale biologico ai fini diagnostici;

la somministrazione dei pasti e delle diete;

la sorveglianza delle fleboclisi, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica o sotto la sua supervisione.

TITOLO DELLA POSIZIONE: Responsabile Ragioneria-Personale (Direttore)  
DIPENDE DA: Direttore

---

### FINALITÀ DELLA POSIZIONE

Svolge le attribuzioni relative al Servizio Ragioneria-Personale.

#### **a) Ragioneria**

Cura la corretta e puntuale osservanza delle norme di contabilità, delle leggi tributarie e delle disposizioni contributive relative al personale.

Appone la propria firma, rendendosene responsabile, quale funzionario istruttore, a tutti gli atti contabili emessi dall'Azienda, compresi gli ordinativi di pagamento e di incasso.

Fornisce alla Direzione proposte e dati per l'annuale compilazione del bilancio preventivo e per le eventuali successive variazioni.

Provvede a compilare i verbali di chiusura, i bilanci di esercizio ed assiste l'organo di revisione nelle operazioni di controllo.

E' responsabile della regolare e corretta emissione degli ordinativi di pagamento e degli ordinativi di incasso, della emissione delle fatture ed altre note di addebito, della liquidazione delle spese e degli stipendi, della compilazione e presentazione entro i termini di legge delle denunce dei redditi, delle dichiarazioni I.V.A. e delle dichiarazioni contributive.

E' inoltre responsabile del controllo periodico delle partite contabili attive non ancora incassate e della tempestiva segnalazione alla Direzione di eventuali inadempienze; propone l'emissione di solleciti di pagamento, costituzioni di mora, note di addebito, ingiunzioni di pagamento.

Svolge attività istruttoria mediante la predisposizione di provvedimenti concernenti la gestione contabile dell'Azienda.

Partecipa a periodici incontri con il Direttore e gli altri Collaboratori responsabili per esaminare collegialmente le varie problematiche di gestione.

#### **b) Personale**

Sovrintende all'attuazione pratica delle disposizioni riguardanti gli aspetti giuridici, economici e previdenziali relativi ai rapporti di pubblico impiego privatizzati, in applicazione di norme di legge, regolamentari e contrattuali, gestendone gli aspetti retributivi, contributivi, previdenziali, assistenziali e fiscali.

Collabora con la Direzione e gli altri responsabili dei servizi nella rilevazione, analisi, revisione, verifiche di tutte le procedure organizzative, modalità esecutive, gestione del sistema informativo della rilevazione delle presenze e dell'organizzazione del personale, allo scopo di garantire costante efficienza nella gestione di tutti i servizi dell'Ente.

TITOLO DELLA POSIZIONE: Responsabile economato (Direttore)

DIPENDE DA: Direttore

---

### **FINALITÀ DELLA POSIZIONE**

Svolge le attribuzioni di responsabile dell'ufficio economato, entro direttive di massima impartite dalla Direzione.

Nell'ambito dell'attività amministrativa, svolge compiti di studio, formazione, programmazione, analisi ed elaborazione di dati, anche in collaborazione con i Responsabili degli altri servizi amministrativi, sociali ed assistenziali dell'Ente.

In particolare ha la responsabilità del servizio di economato e della gestione delle spese in economia.

Entro tali competenze gli spetta:

- la predisposizione di atti e procedimenti contrattuali e di capitolati d'oneri;
- il controllo della regolare pagamento delle fatture e l'esecuzione dei contratti di somministrazione e di fornitura;
- l'emissione delle fatture di competenza;
- la supervisione tecnica della gestione dei servizi generali: cucina, lavanderia e guardaroba, magazzino;
- il controllo generale sulla qualità e quantità delle merci e sulla regolarità della loro conservazione;
- le spese minute ed urgenti previste dal regolamento di economato;
- gli incassi delle rette degli Ospiti;
- la stesura delle rendicontazioni Regionali e dell'Ulss 17 relative ai conteggi dei giorni di presenza;
- la redazione e l'aggiornamento degli inventari dell'ente;
- la cura della manutenzione ordinaria e straordinaria dei beni mobili ed immobili, nonché degli impianti tecnologici di proprietà dell'Ente o dati in gestione dal Comune;

Collabora con la Direzione formulando anche proposte e provvedimenti al fine di migliorare la gestione economale e gli altri servizi che sovrintende.

Collabora con gli altri Responsabili dei servizi al fine di garantire adeguato coordinamento negli interventi a favore dell'utente.

Partecipa a periodici incontri con il Direttore e gli altri Collaboratori responsabili per esaminare collegialmente le varie problematiche di gestione.

È titolare delle funzioni vicarie del Direttore in caso di sua assenza o impedimento.



# STRUMENTI PER LA RACCOLTA DEI DATI

## **STRUMENTI**

Per dare attuazione alla nuova metodologia di lavoro occorre dotare i profili professionali dell'equipe assistenziale (Direttore, Referente di Struttura, Infermiere, Fisioterapista, Educatore/Animatore e ed Operatore Socio Sanitario) di adeguati strumenti di lavoro per avere dati organizzati e disponibili a tutti.

La “cartella sanitaria integrata con la parte socio-assistenziale” è strumento irrinunciabile in quanto consente di evidenziare la storia dell'Ospite mettendolo al centro del lavoro personalizzando, così, l'assistenza.

La parte socio-assistenziale, che deve integrarsi con quella sanitaria, è composta da scheda di colloquio preammissivo, scheda socio-assistenziale, diario assistenziale e piano di assistenza individuale.

Sarà cura dell'equipe, in particolare dell'OSS Tutor, gestire le varie schede alle quali farà riferimento per la stesura dei piani individuali di assistenza.

Si allegano gli strumenti di cui sopra, per una conoscenza approfondita.

### **ELENCO STRUMENTI**

- 1) Scheda di colloquio preammissivo
- 2) Piano di assistenza individualizzato
- 3) Diagramma di Gantt per la programmazione delle attività di animazione
- 4) Diario giornaliero
- 5) Scheda per verificare il gradimento degli Ospiti in merito al nuovo modello assistenziale da parte degli Operatori
- 6) Scheda per verificare il gradimento dei parenti degli Ospiti in merito al nuovo modello assistenziale
- 7) Protocolli operativi delle principali attività assistenziali
- 8) Sintesi del piano
- 9) Linee guida per la prevenzione e gestione delle cadute
- 10) Linee guida a sostegno delle azioni di tutela e di garanzia dell'anziano non autosufficiente assistito nei servizi semi-residenziali

## SCHEMA COLLOQUIO PREAMMISSIVO OSPITE

Data Compilazione:

Nome Ospite: \_\_\_\_\_

### Dati generali

Luogo nascita: \_\_\_\_\_

Data nascita: \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_

telefono: \_\_\_\_\_

### Situazione di convivenza:

Vive da solo

Vive con: \_\_\_\_\_

### Alla presenza di:

Figlio: \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Moglie /

Marito: \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Nipote: \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Nuora: \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Genero: \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

### Inserimento

Data prevista per l'inserimento : \_\_\_\_\_

FKT:      *si*       *no*

Richiedere visita fisiatrice

Richiesta Bagno assistito:    *si*     *no*

Giorno: \_\_\_\_\_

Giorni richiesti:

*lun mar mer gio ven sab*

Trasporto

Andata

Ritorno

ABITUDINI RELATIVE AL RIPOSO

Non riposa:

Dorme dopo mangiato? \_\_\_\_\_

Quanto tempo si riposa? \_\_\_\_\_

Riposo pomeridiano

- 

Fa tutto da solo  
Fa da solo, con supervisione  
Va aiutato  
Ci si deve sostituire

Alzata

- 

Fa tutto da solo  
Fa da solo, con supervisione  
Va aiutato  
Ci si deve sostituire

Dove preferisce riposarsi?

- 

letto

poltrona

Utilizza le sponde? \_\_\_\_\_

Preferisce riposarsi:

- 

Sopra le coperte  
Sotto le coperte

Se è abituato a spogliarsi, che cosa si toglie? \_\_\_\_\_

E' abituato a dormire con altri?

- 

Si  
No

ABITUDINI RELATIVE ALL'IGIENE

Igiene quotidiano


*Fa tutto da solo*  
*Fa da solo, con supervisione*  
*Va aiutato*  
*Ci si deve sostituire*

Utilizza saponi o prodotti specifici (spugne, spazzolini, ecc)? Quali?

---

Ha presente dove è il bagno?

---

Chiede di andare in bagno?

---

Utilizzo del sapone


*Fa tutto da solo*  
*Fa da solo, con supervisione*  
*Va aiutato*  
*Ci si deve sostituire*

Utilizzo dello spazzolino da denti


*Fa tutto da solo*  
*Fa da solo, con supervisione*  
*Va aiutato*  
*Ci si deve sostituire*

Si lava

Le mani


*Fa tutto da solo*  
*Fa da solo, con supervisione*  
*Va aiutato*  
*Ci si deve sostituire*

Il viso


*Fa tutto da solo*  
*Fa da solo, con supervisione*  
*Va aiutato*  
*Ci si deve sostituire*

I denti


*Fa tutto da solo*  
*Fa da solo, con supervisione*  
*Va aiutato*  
*Ci si deve sostituire*

Il bagno


*Fa tutto da solo*  
*Fa da solo, con supervisione*  
*Va aiutato*  
*Ci si deve sostituire*

Presenta timori o paure:

dell'acqua    di prendere freddo    di farsi vedere nudo

---

Presenta particolari reazioni (es. agitazione, aggressività, pianto, ecc) al momento di lavarsi?

---

ABITUDINI RELATIVE ALL'ALIMENTAZIONE

Protesi

<u>Dentizione</u>	<input type="checkbox"/>	<u>Protesi completa</u>
	<input type="checkbox"/>	<u>Protesi superiore</u>
	<input type="checkbox"/>	<u>Protesi inferiore</u>
	<input type="checkbox"/>	<u>Ponti</u>
	<input type="checkbox"/>	<u>Edentulo</u>
	<input type="checkbox"/>	<u>Ha denti propri</u>
	<input type="checkbox"/>	<u>Altro</u>
<u>Gestione della protesi</u>	<input type="checkbox"/>	<u>Fa tutto da solo</u>
	<input type="checkbox"/>	<u>Fa da solo, con supervisione</u>
	<input type="checkbox"/>	<u>Va aiutato</u>
	<input type="checkbox"/>	<u>Ci si deve sostituire</u>
<u>La toglie</u>	<input type="checkbox"/>	<u>Dopo ogni pasto</u>
	<input type="checkbox"/>	<u>Dopo colazione</u>
	<input type="checkbox"/>	<u>Dopo pranzo</u>
<u>La lava</u>	<input type="checkbox"/>	<u>Dopo ogni pasto</u>
	<input type="checkbox"/>	<u>Dopo colazione</u>
	<input type="checkbox"/>	<u>Dopo pranzo</u>
<u>Colazione</u>	<input type="checkbox"/>	<u>Fa tutto da solo</u>
	<input type="checkbox"/>	<u>Fa da solo, con supervisione</u>
	<input type="checkbox"/>	<u>Va aiutato</u>
	<input type="checkbox"/>	<u>Ci si deve sostituire</u>
<u>Mangia da solo?</u>	<hr/>	
<u>Che cosa non le piace?</u>	<hr/>	
<u>Quanto mangia/beve?</u>	<hr/>	
<u>Pranzo</u>	<input type="checkbox"/>	<u>Fa tutto da solo</u>
	<input type="checkbox"/>	<u>Fa da solo, con supervisione</u>
	<input type="checkbox"/>	<u>Va aiutato</u>
	<input type="checkbox"/>	<u>Ci si deve sostituire</u>
<u>Mangia da solo?</u>	<hr/>	
<u>Usa bavaglio?</u>	<hr/>	
<u>E' abituato a mangiare:</u>	<input type="checkbox"/>	<u>Lentamente</u>
	<input type="checkbox"/>	<u>Velocemente</u>
<u>Quali sono i cibi preferiti?</u>	<hr/>	
<u>Quali sono i cibi che rifiuta?</u>	<hr/>	
<u>Tagliare la carne:</u>	<input type="checkbox"/> <u>si</u>	
	<input type="checkbox"/> <u>no</u>	
<u>Confonde le posate?</u>	<hr/>	
<u>Presenta allergie alimentari?</u>	<hr/>	

AUTONOMIE MOTORIE

Uso delle scale


Fa tutto da solo  
Fa da solo, con supervisione  
Va aiutato  
Ci si deve sostituire

Uso dell'ascensore


Fa tutto da solo  
Fa da solo, con supervisione  
Va aiutato  
Ci si deve sostituire

Uso delle porte


Fa tutto da solo  
Fa da solo, con supervisione  
Va aiutato  
Ci si deve sostituire

Deambulazione


Fa tutto da solo  
Fa da solo, con supervisione  
Va aiutato  
Ci si deve sostituire

E' in grado di deambulare?  
(breve descrizione)

---

Problemi di cadute nell'ultimo  
periodo?

---

Presenta tentativi di fuga?

---

CAPACITA' SENSORIALI

Vista

---

Usa gli occhiali


no  
per leggere  
per lavoro  
altro

Perché


presbite  
miope  
altro

Udito

---

Usa gli apparecchi acustici

 si  
 no


---

Olfatto

---

Gusto

---

Tatto

---

PROBLEMATICHE SANITARIE / INFERMIERISTICHE

Stato di coscienza

- |                          |                  |                          |                                       |
|--------------------------|------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <u>alzheimer</u> | <input type="checkbox"/> | <u>risponde agli stimoli</u>          |
| <input type="checkbox"/> | <u>assopito</u>  | <input type="checkbox"/> | <u>non risponde ad alcuno stimolo</u> |
| <input type="checkbox"/> | <u>confuso</u>   | <input type="checkbox"/> | <u>risponde agli stimoli verbali</u>  |
| <input type="checkbox"/> | <u>vigile</u>    |                          |                                       |

Patologie

Disturbi dell' umore e del comportamento

- |                          |               |                          |                     |                          |                      |                          |
|--------------------------|---------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <u>Ansia</u>  | <input type="checkbox"/> | <u>Depressione</u>  | <input type="checkbox"/> | <u>Aggressività</u>  |                          |
| <input type="checkbox"/> | <u>Apatia</u> | <input type="checkbox"/> | <u>Irritabilità</u> | <input type="checkbox"/> | <u>Allucinazioni</u> | <input type="checkbox"/> |
|                          |               |                          |                     |                          |                      | <u>Deliri</u>            |

Deficit cognitivo

- |                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <u>Orientato tempo</u>          |
| <input type="checkbox"/> | <u>Orientato spazio</u>         |
| <input type="checkbox"/> | <u>Orientato tempo e spazio</u> |
| <input type="checkbox"/> | <u>Non orientato</u>            |

Respirazione

Autonoma

- 

Ossigeno terapia

- |                          |              |       |                          |                     |
|--------------------------|--------------|-------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | <u>l/min</u> | _____ | <input type="checkbox"/> | <u>frequenza</u>    |
|                          |              | _____ | <input type="checkbox"/> | <u>a intervalli</u> |

Alimentazione

- |                          |                    |                          |                    |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | <u>Pasto unico</u> | <input type="checkbox"/> | <u>Liquido</u>     |
|                          |                    | <input type="checkbox"/> | <u>Semiliquido</u> |
|                          |                    | <input type="checkbox"/> | <u>Normale</u>     |

Alimentazione

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autonomo

Niente alimentazione

- |                          |                 |                          |                 |             |                          |                |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|-------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | <u>Disfagia</u> | <input type="checkbox"/> | <u>no</u>       | <u>per:</u> | <input type="checkbox"/> | <u>Solidi</u>  |
|                          |                 | <input type="checkbox"/> | <u>lieve</u>    |             | <input type="checkbox"/> | <u>Liquidi</u> |
|                          |                 | <input type="checkbox"/> | <u>moderata</u> |             | <input type="checkbox"/> | <u>Mista</u>   |
|                          |                 | <input type="checkbox"/> | <u>grave</u>    |             |                          |                |

Diabetico

- |                          |                            |                          |                  |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | <u>Insulino dipendente</u> | <input type="checkbox"/> | <u>pastiglie</u> |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|

Dieta personalizzata

Diuresi

- |                          |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <u>Fa tutto da solo</u>             |
| <input type="checkbox"/> | <u>Fa da solo, con supervisione</u> |
| <input type="checkbox"/> | <u>Va aiutato</u>                   |
| <input type="checkbox"/> | <u>Ci si deve sostituire</u>        |
| <input type="checkbox"/> | <u>No</u>                           |

Pannolone:

- |                          |           |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | <u>Si</u> |
| <input type="checkbox"/> | <u>No</u> |



Alvo

Continente

Fa tutto da solo  
Fa da solo, con supervisione  
Va aiutato  
Ci si deve sostituire  
No

Regolare

Irregolare

Lassativi  
 Clisteri

Tipo:

\_\_\_\_\_

Ogni quanto  
tempo: \_\_\_\_\_

Stomia

---

Mobilizzazione

In carrozzina

Con  
protezione  
 Con presidi

Quali ? \_\_\_\_\_

Solo  
 Accompagnato

Deambula

Con presidi

Quali ?

Un Operatore  
 Due Operatori  
 Girello  
 Bastone  
 Tripode  
 Stampelle

Programmi specifici di  
riabilitazione

---

Decubiti

Sede

---

Tipo di medicazione

---

ALLERGIE

Eventuali allergie

---

INTERESSI

Hobbies

Hobbies

Giochi a carte  
Tombola  
Pittura  
Giardinaggio  
Canto

Ballo  
Uncinetto-maglia  
Cucina  
Musica  
Altri

---

Gli piace la compagnia?

---

Religione

Funzioni religiose

No

Si

STILE DI RELAZIONE / COMUNICAZIONE

Eloquio

Usa sempre lo stesso tono di voce?

Parla a voce bassa?

Alta  
Bassa  
Normale

Tende a ripetere le stesse frasi/parole?

Tende a mangiare la parole?

Parla in dialetto?

Perde il filo del discorso?

Risponde alle domande con brevi frasi o con monosillabi (si-no)?

Tende a inventare alcune parole?

Il linguaggio è rallentato o veloce?

Rallentato  
Normale  
Veloce

Il linguaggio è completamente incomprensibile?

Si blocca, tartaglia, balbetta, e pronuncia male le parole?

L'eloquio è poco scorrevole con pause inappropriate?

Note

E' in grado di comprendere ciò che gli viene detto (la risposta è coerente con la domanda)?

---

E' in grado di leggere/scrivere?

---

Comunica un eventuale malessere?

---

Nella comunicazione utilizza prevalentemente la parola, i gesti od altro?

---

Stile di relazione/comunicazione prevalente

- |                          |  |                          |
|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <u>Chiede</u>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <u>Interrompe la comunicazione</u>                               | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <u>Risponde solo su sollecitazione</u>                           | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <u>Presenta agitazione psicomotoria</u>                          | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <u>Ha un'iniziativa ridotta ed è apatico</u>                     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <u>Non mantiene la giusta distanza fisica dall'interlocutore</u> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <u>E' riservato, tende a non parlare di se</u>                   |                          |

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <u>Ascolta</u>   |
| <input type="checkbox"/> | <u>Si distrae, distoglie lo sguardo dall'interlocutore</u> |
| <input type="checkbox"/> | <u>Si altera, è aggressivo</u>                             |
| <input type="checkbox"/> | <u>E' disinibito</u>                                       |
| <input type="checkbox"/> | <u>Tocca fisicamente l'interlocutore</u>                   |
| <input type="checkbox"/> | <u>Comunica in gruppo</u>                                  |

**Stile di relazione gradito**

**Qual'è il modo migliore per rapportarsi con lui ed entrare in comunicazione?**

---

**In quali situazioni si irrita?**

---

**Contenuti della comunicazione**

- |                          |                          |                          |  |                          |                                  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b><u>Richieste</u></b>  | <input type="checkbox"/> | <b><u>Sentimenti</u></b>                         | <input type="checkbox"/> | <b><u>Desideri</u></b>           |
| <input type="checkbox"/> | <b><u>Ricordi</u></b>    | <input type="checkbox"/> | <b><u>Informazioni</u></b>                       | <input type="checkbox"/> | <b><u>Temi più frequenti</u></b> |
| <input type="checkbox"/> | <b><u>Critiche</u></b>   | <input type="checkbox"/> | <b><u>Paure, insicurezze</u></b>                 | <input type="checkbox"/> | <b><u>Proposte</u></b>           |
| <input type="checkbox"/> | <b><u>Iniziative</u></b> | <input type="checkbox"/> | <b><u>Richieste di aiuto o fare attività</u></b> |                          |                                  |

**Di quali argomenti preferisce parlare?**

---

INDICE SCHEDA PER VISITA PREAMMISSIVA OSPITE

<b><u>DATI GENERALI</u></b>	<b><u>PAG. 39</u></b>
<b><u>1 - ABITUDINI RELATIVE AL SONNO</u></b>	<b><u>PAG.</u></b>
<b><u>2 - ABITUDINI RELATIVE AL RIPOSO</u></b>	<b><u>PAG.</u></b>
<b><u>3 - ABITUDINI RELATIVE ALL' ABBIGLIAMENTO</u></b>	<b><u>PAG.</u></b>
<b><u>4 - ABITUDINI RELATIVE ALL' IGIENE</u></b>	<b><u>PAG.</u></b>
<b><u>5 - ABITUDINI RELATIVE ALL' ALIMENTAZIONE</u></b>	<b><u>PAG.</u></b>
<b><u>6 - AUTONOMIE MOTORIE</u></b>	<b><u>PAG.</u></b>
<b><u>7 - CAPACITA' SENSORIALI</u></b>	<b><u>PAG.</u></b>
<b><u>8 - PROBLEMATICHE SANITARIE / INFERMIERISTICHE</u></b>	<b><u>PAG.</u></b>
<b><u>9 - INTERESSI</u></b>	<b><u>PAG.</u></b>
<b><u>10 - STILE DI RELAZIONE / COMUNICAZIONE</u></b>	<b><u>PAG.</u></b>
<b><u>INDICE</u></b>	<b><u>PAG.</u></b>

## ***PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE***

**Nome Ospite:** \_\_\_\_\_

**Data compilazione:** \_\_\_\_\_

**Data verifica:** \_\_\_\_\_

**Data chiusura:** \_\_\_\_\_

### **Dati generali**

Luogo nascita: \_\_\_\_\_

Data nascita: \_\_\_\_\_

### **Compilatori**

**Referente di Struttura:** \_\_\_\_\_

**Infermiera:** \_\_\_\_\_

**Psicologa** \_\_\_\_\_

**Fisioterapista:** \_\_\_\_\_

**Kinesologo:** \_\_\_\_\_

**Animatore/Educatore:** \_\_\_\_\_

**Logopedista:** \_\_\_\_\_

**Oss Tutor:** \_\_\_\_\_

**Familiare:** \_\_\_\_\_

*Abitudini relative al sonno*

<u>Bisogni identificati</u>	<u>Obiettivi prefissati</u>	<u>Interventi - Azioni - Attori</u>	<u>Interventi Come</u>	<u>Indicatori Verifica</u>
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	------------------------	----------------------------

Obiettivo valore: | 1 2 3 4

*Abitudini relative al riposo (alzata)*

<u>Bisogni identificati</u>	<u>Obiettivi prefissati</u>	<u>Interventi - Azioni - Attori</u>	<u>Interventi Come</u>	<u>Indicatori Verifica</u>
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	------------------------	----------------------------

Obiettivo valore: | 1 2 3 4

Ora alzata  
mattina: \_\_\_\_\_

*Abitudini relative al riposo (pomeriggio)*

<u>Bisogni identificati</u>	<u>Obiettivi prefissati</u>	<u>Interventi - Azioni - Attori</u>	<u>Interventi Come</u>	<u>Indicatori Verifica</u>
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	------------------------	----------------------------

Obiettivo valore: | 1 2 3 4

Ora rimessa a letto  
pomeridiana: \_\_\_\_\_  
Ora alzata pomeridiana: \_\_\_\_\_  
Non riposa:

*Abitudini relative all'abbigliamento*

<u>Bisogni identificati</u>	<u>Obiettivi prefissati</u>	<u>Interventi - Azioni - Attori</u>	<u>Interventi Come</u>	<u>Indicatori Verifica</u>
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	------------------------	----------------------------

Obiettivo valore: | 1 2 3 4

*Abitudini relative all'igiene*

<u>Bisogni identificati</u>	<u>Obiettivi prefissati</u>	<u>Interventi - Azioni - Attori</u>	<u>Interventi Come</u>	<u>Indicatori Verifica</u>
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	------------------------	----------------------------

Obiettivo valore: | 1 2 3 4

*Abitudini relative all'alimentazione (colazione)*

<u>Bisogni identificati</u>	<u>Obiettivi prefissati</u>	<u>Interventi - Azioni - Attori</u>	<u>Interventi Come</u>	<u>Indicatori Verifica</u>
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	------------------------	----------------------------

Obiettivo valore: | 1 2 3 4

*Abitudini relative all'alimentazione (pranzo)*

<u>Bisogni identificati</u>	<u>Obiettivi prefissati</u>	<u>Interventi - Azioni - Attori</u>	<u>Interventi Come</u>	<u>Indicatori Verifica</u>
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	------------------------	----------------------------

Obiettivo valore: | 1 2 3 4



*Abitudini relative all'alimentazione (merenda)*

<u>Bisogni identificati</u>	<u>Obiettivi prefissati</u>	<u>Interventi - Azioni - Attori</u>	<u>Interventi Come</u>	<u>Indicatori Verifica</u>
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	------------------------	----------------------------

Obiettivo valore: | 1 2 3 4

*Autonomie motorie*

<u>Bisogni identificati</u>	<u>Obiettivi prefissati</u>	<u>Interventi - Azioni - Attori</u>	<u>Interventi Come</u>	<u>Indicatori Verifica</u>
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	------------------------	----------------------------

Obiettivo valore: | 1 2 3 4

*Capacità sensoriali*

<u>Bisogni identificati</u>	<u>Obiettivi prefissati</u>	<u>Interventi - Azioni - Attori</u>	<u>Interventi Come</u>	<u>Indicatori Verifica</u>
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	------------------------	----------------------------

*Problematiche sanitarie / infermieristiche*

---

<u>Bisogni identificati</u>	<u>Obiettivi prefissati</u>	<u>Interventi - Azioni - Attori</u>	<u>Interventi Come</u>	<u>Indicatori Verifica</u>
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	------------------------	----------------------------

---

*Interessi*

---

<u>Bisogni identificati</u>	<u>Obiettivi prefissati</u>	<u>Interventi - Azioni - Attori</u>	<u>Interventi Come</u>	<u>Indicatori Verifica</u>
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	------------------------	----------------------------

---

*Stile di relazione / comunicazione*

---

<u>Bisogni identificati</u>	<u>Obiettivi prefissati</u>	<u>Interventi - Azioni - Attori</u>	<u>Interventi Come</u>	<u>Indicatori Verifica</u>
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	------------------------	----------------------------

---

*Contenzione fisica permanente*

---

<u>Bisogni identificati</u>	<u>Obiettivi prefissati</u>	<u>Interventi - Azioni - Attori</u>	<u>Interventi Come</u>	<u>Indicatori Verifica</u>
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	------------------------	----------------------------

---

*Legenda*

Obiettivo valore:    1 = “Fa tutto da solo”;    2 = “Fa da solo, con supervisione”;    3 = “Va aiutato”;    4 = “Ci si deve sostituire”.

***VALUTAZIONE DEL PAI***

Data Compilazione

PAI: \_\_\_\_\_

Data Verifica

Prevista: \_\_\_\_\_

Data Chiusura

(valutazione): \_\_\_\_\_

Referente di Struttura:

Psicologa: \_\_\_\_\_

Infermiera: \_\_\_\_\_

Fisioterapista: \_\_\_\_\_

Kiniesologo: \_\_\_\_\_

Animatore: \_\_\_\_\_

Logopedista: \_\_\_\_\_

Oss Tutor: \_\_\_\_\_

Familiare: \_\_\_\_\_

***Problemi risolti***

***Problemi aperti***

***Risultati raggiunti***

***Modifiche al progetto***

*Note*

---

---

**LEGENDA PER LA COMPILAZIONE DEL P.A.I. COLLEGATA AI  
CAPITOLI DELLE SCHEDE PREAMMISSIVE**

1. ABITUDINI RELATIVE AL SONNO
2. ABITUDINI RELATIVE AL RIPOSO
3. ABITUDINI RELATIVE ALL'ABBIGLIAMENTO
4. ABITUDINI RELATIVE ALL'IGIENE
5. ABITUDINI RELATIVE ALL'ALIMENTAZIONE
6. AUTONOMIE MOTORIE
7. CAPACITA' SENSORIALI
8. PROBLEMATICHE SANITARIE/INFERMIERISTICHE
9. INTERESSI
10. STILE DI RELAZIONE COMUNICAZIONE
11. CONTENZIONE FISICA E FARMACOLOGICA

NB: I capitoli di cui sopra fanno riferimento ai titoli della scheda preammissiva e dovranno essere tutti adeguatamente compilati in sede della stesura del PAI per una valutazione complessiva degli stili di vita consolidati al momento dell'ingresso in struttura.

NOTE SINTETICHE DEL RUOLO DI CIASCUN PROFILO PROFESSIONALE NELLA  
COMPILAZIONE DEL P.A.I.

**Referente di struttura :** Coordina il gruppo di lavoro nella stesura del PAI ed illustra ai familiari la funzione dello stesso.

**Psicologa:** evidenzia le problematiche, le patologie dell'assistito ed i motivi per i quali si vuole intervenire. Spiega all'equipe come queste possono influire su alcuni comportamenti e atteggiamenti dell'ospite. Suggerisce come comportarsi in alcune malattie o sintomi particolari (demenza, depressione, psicosi, ecc.). Se è il caso rivaluta terapie e programma visite di controllo. Richiede eventuali contenzioni: fisica o farmacologia. Si rende disponibile per ogni eventuale chiarimento richiesto da parte dell'equipe e/o dal familiare sul decorso e la prognosi della malattia dell'ospite e sulla terapia. Propone strategie per mantenere l'equilibrio psicofisico dell'ospite il più a lungo possibile.

**Infermiera:** evidenzia le problematiche, i bisogni infermieristici ed i motivi per i quali si vuole intervenire. Riferisce circa i comportamenti dell'ospite e le migliori strategie per farlo sentire a suo agio con particolare riferimento alle problematiche sanitarie. Riferisce circa l'adeguata idratazione ed alimentazione con la funzione di seguire la prescrizione di eventuali diete personalizzate. Riferisce l'osservazione sulle abitudini dell'ospite riguardo al sonno, al riposo, agli interessi, allo stile di relazione/comunicazione, autonomia motoria e stato emotivo in integrazione con l'OSA tutor, l'animatore ed i terapeuti. Propone strategie per mantenere l'equilibrio psicofisico dell'ospite il più a lungo possibile.

**Fisioterapista:** evidenzia le capacità motorie dell'ospite in integrazione con l'infermiere professionale, suggerisce l'uso di ausili e la loro modifica e la cura della posizione. Riferisce i risultati dei test cognitivi e dell'equilibrio somministrati. Riferisce l'osservazione sugli interessi e lo stile di relazione/comunicazione in integrazione con le altre figure dell'equipe. Propone strategie per mantenere il più a lungo possibile l'autonomia motoria dell'ospite.

**Animatore:** relaziona sul coinvolgimento dell'ospite in attività organizzate previa integrazione con il resto dell'equipe. E' propositivo sul coinvolgimento dell'ospite in tutte le attività evidenziate negli interessi nella scheda preammissiva ed altre notizie circa desideri, volontà e bisogni.

**Referente di protocollo del servizio assistenza:** relaziona sull'assistenza di base fornita dal gruppo degli operatori, che consulta, per raccogliere

indicazioni sull'andamento dei progetti assistenziali definiti. E' garante del buon andamento dei progetti dell'assistenza di base studiati dall'equipe per l'ospite: raccoglie informazioni sui bisogni e sui problemi degli ospiti, integrandosi e confrontandosi con i vari profili professionali dell'equipe.

**O.S.S.:** raccoglie notizie sull'andamento della quotidianità dell'ospite e dei suoi bisogni assistenziali, come da scheda preammissiva e dal PAI. Ha la funzione di integrarsi – in modo propositivo – con gli operatori, in relazione a tutti i momenti della giornata dell'ospite, ribadendo gli obiettivi ed i principi dell'assistenza dell'ospite a lui assegnato.

**ESTRATTO GIORNALIERO DELLO SCHEMA DI PROGRAMMAZIONE MENSILE  
DELLE ATTIVITA' DI ANIMAZIONE**

**DIAGRAMMA DI GANTT**

<b>GIORNO _____</b>			
<b>ORARIO</b>	dalle _____ alle ____	dalle _____ alle _____	note
<b>DOVE</b>			
<b>ATTIVITA' PROGRAMMATE</b>			
<b>OSPITI CHE PARTECIPANO</b> (*)			
<b>DIPENDENTI E VOLONTARI COINVOLTI</b>			

(\*) N.B.: a tutti gli ospiti, giornalmente, deve essere proposta un'attività con particolare riguardo alla scheda preammissiva. Occorre specificare fra le "Attività Programmate" la codifica di riferimento alla scheda preammissiva.



*Centro Diurno Villa in Villa*

<b><i>Centro Diurno Villa in Villa</i></b>						
<b>DIARIO QUOTIDIANO</b>						<b>ANNO</b> _____
MESE:	<input type="checkbox"/> GENNAIO	<input type="checkbox"/> FEBBRAIO	<input type="checkbox"/> MARZO	<input type="checkbox"/> APRILE	<input type="checkbox"/> MAGGIO	<input type="checkbox"/> GIUGNO
	<input type="checkbox"/> LUGLIO	<input type="checkbox"/> AGOSTO	<input type="checkbox"/> SETTEMBRE	<input type="checkbox"/> OTTOBRE	<input type="checkbox"/> NOVEMBRE	<input type="checkbox"/> DICEMBRE
<b>COGNOME</b> _____			<b>NOME</b> _____			
Codifica interessi come da scheda preammissiva e P.A.I.	Data e firma	<b>Area Sociale e Animazione</b>		Data e firma	<b>Area Sanitaria e Riabilitazione</b>	
1-2						
3						
4						
5						
6						
7						

Centro Diurno  
Villa in Villa

SCHEDA PER VERIFICARE  
IL GRADIMENTO DEI  
PARENTI DEGLI OSPITI IN  
MERITO ALL'ATTIVITÀ  
ASSISTENZIALE

Prot. \_\_\_\_\_

*Gentile Signora / Gentile Signore,*

*saremmo interessati a conoscere la Sua opinione riguardo le nostre strutture, il personale che vi opera ed i servizi che esse offrono.*

*Le Sue indicazioni ci saranno molto utili per capire quali sono i problemi esistenti e quali i possibili interventi e soluzioni per migliorare la qualità e l'efficienza.*

*Una volta compilata la scheda, che sarà rigorosamente anonima, va riposta nell'apposito contenitore che verrà predisposto in ciascun nucleo assistenziale.*

*Si richiederà alla S.V. di esprimere il giudizio, mediante la scheda, una volta all'anno.*

*La ringraziamo per la collaborazione e per la sincerità dei giudizi che vorrà esprimere.*

*Cordialmente.*

*IL DIRETTORE*

**INDICATORI TRASVERSALI ALL'ORGANIZZAZIONE ASSISTENZIALE**

**COORDINAMENTO E ORGANIZZAZIONE**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Molto soddisfatto</i>      | <input type="checkbox"/> <i>Poco soddisfatto</i>      |
| <input type="checkbox"/> <i>Abbastanza soddisfatto</i> | <input type="checkbox"/> <i>Per nulla soddisfatto</i> |

Osservazioni \_\_\_\_\_

**PROFESSIONALITA' E COMPETENZE**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Molto soddisfatto</i>      | <input type="checkbox"/> <i>Poco soddisfatto</i>      |
| <input type="checkbox"/> <i>Abbastanza soddisfatto</i> | <input type="checkbox"/> <i>Per nulla soddisfatto</i> |

Osservazioni \_\_\_\_\_

**RAPPORTO UMANO**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Molto soddisfatto</i>      | <input type="checkbox"/> <i>Poco soddisfatto</i>      |
| <input type="checkbox"/> <i>Abbastanza soddisfatto</i> | <input type="checkbox"/> <i>Per nulla soddisfatto</i> |

Osservazioni \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Molto soddisfatto</i>      | <input type="checkbox"/> <i>Poco soddisfatto</i>      |
| <input type="checkbox"/> <i>Abbastanza soddisfatto</i> | <input type="checkbox"/> <i>Per nulla soddisfatto</i> |

Osservazioni \_\_\_\_\_

**PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO ALL'OSPITE**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Molto soddisfatto</i>      | <input type="checkbox"/> <i>Poco soddisfatto</i>      |
| <input type="checkbox"/> <i>Abbastanza soddisfatto</i> | <input type="checkbox"/> <i>Per nulla soddisfatto</i> |

Osservazioni \_\_\_\_\_

**STRUTTURA**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Molto soddisfatto</i>      | <input type="checkbox"/> <i>Poco soddisfatto</i>      |
| <input type="checkbox"/> <i>Abbastanza soddisfatto</i> | <input type="checkbox"/> <i>Per nulla soddisfatto</i> |

Osservazioni \_\_\_\_\_

**INDICATORI SETTORIALI ALL'ORGANIZZAZIONE ASSISTENZIALE**

**INGRESSO IN RESIDENZA**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Molto soddisfatto</i>      | <input type="checkbox"/> <i>Poco soddisfatto</i>      |
| <input type="checkbox"/> <i>Abbastanza soddisfatto</i> | <input type="checkbox"/> <i>Per nulla soddisfatto</i> |

Osservazioni \_\_\_\_\_

**MEDICO**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Molto soddisfatto</i>      | <input type="checkbox"/> <i>Poco soddisfatto</i>      |
| <input type="checkbox"/> <i>Abbastanza soddisfatto</i> | <input type="checkbox"/> <i>Per nulla soddisfatto</i> |

Osservazioni \_\_\_\_\_

**INFERMIERISTICO**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Molto soddisfatto</i>      | <input type="checkbox"/> <i>Poco soddisfatto</i>      |
| <input type="checkbox"/> <i>Abbastanza soddisfatto</i> | <input type="checkbox"/> <i>Per nulla soddisfatto</i> |

Osservazioni \_\_\_\_\_

**ASSISTENZA DI BASE**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Molto soddisfatto</i>      | <input type="checkbox"/> <i>Poco soddisfatto</i>      |
| <input type="checkbox"/> <i>Abbastanza soddisfatto</i> | <input type="checkbox"/> <i>Per nulla soddisfatto</i> |

Osservazioni \_\_\_\_\_

**ANIMAZIONE**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Molto soddisfatto</i>      | <input type="checkbox"/> <i>Poco soddisfatto</i>      |
| <input type="checkbox"/> <i>Abbastanza soddisfatto</i> | <input type="checkbox"/> <i>Per nulla soddisfatto</i> |

Osservazioni \_\_\_\_\_

**FISIOTERAPIA**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Molto soddisfatto</i>      | <input type="checkbox"/> <i>Poco soddisfatto</i>      |
| <input type="checkbox"/> <i>Abbastanza soddisfatto</i> | <input type="checkbox"/> <i>Per nulla soddisfatto</i> |

Osservazioni \_\_\_\_\_

**RISTORAZIONE**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Molto soddisfatto</i>      | <input type="checkbox"/> <i>Poco soddisfatto</i>      |
| <input type="checkbox"/> <i>Abbastanza soddisfatto</i> | <input type="checkbox"/> <i>Per nulla soddisfatto</i> |

Osservazioni \_\_\_\_\_

**SERVIZI RESIDENZIALI**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Molto soddisfatto</i>      | <input type="checkbox"/> <i>Poco soddisfatto</i>      |
| <input type="checkbox"/> <i>Abbastanza soddisfatto</i> | <input type="checkbox"/> <i>Per nulla soddisfatto</i> |

Osservazioni \_\_\_\_\_

Centro Diurno  
Villa in Villa

PROTOCOLLI OPERATIVI  
DELLE PRINCIPALI  
ATTIVITÀ ASSISTENZIALI

## IGIENE E CURA DELLA PERSONA

Particolare cura e attenzione va rivolta alla “cura della persona”.

Gli Operatori tutti devono approfondire conoscenze, capacità e atteggiamenti specifici al fine di consentire una sempre maggiore personalizzazione di ogni intervento rivolto all’Anziano.

La capacità degli Operatori di osservare e ascoltare è determinante nella lettura e nella definizione del PAI.

All’interno di questo capitolo della “IGIENE E CURA DELLA PERSONA” vengono compresi i protocolli sotto elencati:

- **IGIENE INTIMA** **PAG.**
- **IGIENE DEL TRONCO** **PAG.**
- **VESTIZIONE** **PAG.**
- **IGIENE DEL VISO E DELLE MANI** **PAG.**
- **RIFACIMENTO LETTO** **PAG.**
- **BAGNO IN VASCA** **PAG.**
- **BAGNO A LETTO** **PAG.**
- **COLAZIONE** **PAG.**
- **PRANZO** **PAG.**
- **RIPOSO POMERIDIANO** **PAG.**
- **IDRATAZIONE, RISTORO POMERIDIANO** **PAG.**
- **SORVEGLIANZA** **PAG.**

## IGIENE INTIMA

### OBIETTIVI

- **Mantenere ed eseguire una corretta igiene.**
- **Rispetto della privacy.**
- **Aiutare l'Anziano a mantenere le capacità residue sia cognitive che motorie, favorendo e stimolando la sua autonomia.**
- **Mantenere un ritmo di vita fisiologico e relazionale rispettando le abitudini di vita dell'Anziano.**

### AZIONI

Riferimenti al programma alzate e ai PAI dove si tiene conto delle abitudini e dei tempi dell'Anziano.

L'Operatore si avvicina all'Anziano salutandolo e spiegandogli ciò che si fa.

Verbalizzare sempre tutti i passaggi (spiegare all'Anziano “quello che si fa”) e comunicare usando parole semplici e frasi brevi, parlare lentamente e con chiarezza, se necessario mettersi di fronte all'Ospite, dare sicurezza e sostegno mediante contatto fisico.

Se l'Anziano è in grado di andare in bagno, l'Operatore lo accompagna facendogli indossare la vestaglia, lo aiuta poi a sedersi sul water.

Per l'igiene intima si utilizzeranno i bidet o si provvederà con l'utilizzo delle doccette.

Se l'Anziano necessita dell'igiene a letto l'Operatore entra in camera con tutto l'occorrente: guanti, brocca, detergente, telini monouso e padella, quest'ultima per gli Ospiti che non necessitano di pannolone. L'Operatore ha cura di chiudere la porta.

Dopo aver indossato i guanti, l'Operatore:

posiziona il letto (posizione orizzontale);

abbassa le sponde;

scopre la parte interessata avendo cura di tutelare la privacy;

toglie il materiale monouso e la biancheria sporca;

ripone la biancheria sporca negli appositi contenitori;

cambia i guanti;

posiziona il traversino monouso per proteggere il letto (a chi ne è sprovvisto);



dopo averla controllata, fa scorrere l'acqua alla giusta temperatura accertandosi comunque che sia gradita dall'Ospite;

apre con una mano le grandi labbra della vulva nella donna e scopre il prepuzio del glande nell'uomo; facendo uso delle salviette mono-uso imbevute con l'apposito sapone, deterge i genitali procedendo dall'alto verso il basso, mai viceversa per non portare in vescica germi solitamente presenti in zona anale e che potrebbero provocare infezioni se vengono a contatto con l'uretra; sciacqua bene con l'acqua della brocca per rimuovere il detergente; asciuga bene tamponando con delicatezza, mai frizionando per non irritare la cute e le mucose.

L'Operatore gira l'Ospite su di un fianco e provvede quindi all'igiene della zona lombo-sacrale, dei glutei e della zona perianale con la stessa metodologia precedentemente descritta.

L'Operatore rimuove il materiale usato per proteggere il letto e cambia i guanti. Posiziona l'Anziano sulla biancheria pulita.

PER L'IGIENE CON LA PADELLA OLTRE ALLE OPERAZIONI GIÀ ELENcate OCCORRE:

Invitato l'Anziano ad alzare il bacino, collocare la padella avendo cura di posizionarla dalla parte del manico e con la parte chiusa interamente sotto il bacino.

Sistemare le gambe dell'Anziano in posizione genuflessa e aiutarlo a divaricarle.

Non utilizzare la padella per più persone senza averla prima disinfettata.

Raccogliere le padelle e riporle nell'apposito locale dove verranno lavate e disinfettate.

AZIONI CHE DEVONO ESSERE ASSOLUTAMENTE EVITATE

Appoggiare sul pavimento il materiale e la biancheria sporca;

toccare le maniglia della porta con guanti non più puliti, usare eventualmente il gomito;

lavare con acqua troppo calda e/o troppo fredda, creando così malessere e disagio;

iniziare un intervento d'igiene con guanti non puliti;

asciugare frettolosamente la cute;

lasciare l'Anziano in condizioni di pericolo;

lasciare biancheria o materiale monouso umidi o bagnati a contatto della cute dell'Ospite.

IGIENE INTIMA NEL BAGNO

L'Operatore apre l'acqua della doccetta o bidet miscelandola in maniera corretta, invita l'Anziano a usare il detergente e a lavarsi procedendo dalla parte genitale verso la zona anale in modo non frettoloso.

Dopo il risciacquo invita l'Anziano ad asciugarsi con l'asciugamano personale o mono-uso.

Invita l'Ospite a rivestirsi in camera o in bagno a seconda delle sue abitudini.

L'attività di igiene in bagno è un'attività di riattivazione perché volta a favorire e a stimolare l'autonomia.

Se l'Anziano non è in grado di recepire i messaggi e le indicazioni dell'Operatore, è lo stesso che, dopo aver infilato i guanti, provvede alla manovra con le modalità sopra descritte.

## IGIENE DEL TRONCO

### OBIETTIVI

**INVARIATI RISPETTO A QUELLI INDICATI PER L'IGIENE**

**LE CONOSCENZE NECESSARIE SONO LE STESSE PREVISTE PER L'ATTIVITÀ PRECEDENTE**

### AZIONI

Se l'Anziano è in grado di essere accompagnato in bagno, soprattutto d'estate o per gli Ospiti che presentano sudorazioni eccessive, dapprima l'Operatore lo aiuta a svestirsi, in seguito al lavandino lo aiuta a detergersi il dorso, le ascelle, la zona sotto-mammaria, l'ombelico. Lo aiuta infine ad asciugarsi usando materiale monouso per evitare l'insorgere d'infezioni micotiche.

Buona norma è far indossare il reggiseno alle donne per favorire l'isolamento della cute dal sudore.

Se l'Anziano non è in grado di essere accompagnato in bagno, l'igiene del tronco viene effettuata a letto.

Dopo aver svestito l'Ospite, l'Operatore lo deterge dal dorso alle ascelle, alla zona sotto-mammaria, all'ombelico.

Successivamente lo asciuga con materiale monouso o salviette personali.

Su indicazione dell'infermiere possono essere applicate creme.

VESTIZIONE

Se l'Anziano è parzialmente autosufficiente l'Operatore lo aiuta a vestirsi iniziando con il fargli indossare la maglia intima e, successivamente, il pannolone se ha problemi d'incontinenza, e le mutande. Continua poi con gli indumenti della parte superiore e della parte inferiore. Facendolo accomodare sul letto lo si aiuta a infilarsi le calze e le scarpe idonee.

Se l'Anziano ha problemi di cognitivtà nella scelta degli indumenti si terrà conto delle precedenti abitudini e preferenze.

Se l'Anziano non è autosufficiente, lasciandolo in posizione supina l'Operatore si cura di fargli indossare i presidi per l'incontinenza, se necessari, e la maglia intima. In seguito lo aiuta a infilarsi gli indumenti della parte superiore, le calze, i pantaloni o la gonna. Infine lo sorregge nel raggiungere la posizione seduta e lo aiuta a infilarsi le scarpe.

L'arto plegico e flaccido richiede particolare attenzione durante la vestizione: si darà precedenza allo stesso nell'indossare qualsiasi capo d'abbigliamento.

## IGIENE DEL VISO E DELLE MANI

### OBIETTIVI

#### **INVARIATI RISPETTO A QUELLI INDICATI PER L'IGIENE**

### AZIONI

Se l'Anziano è in grado di essere accompagnato in bagno, l'Operatore lo aiuta a lavarsi il viso e le mani, anche facendolo accomodare su di una sedia. L'Anziano o l'Operatore porteranno in bagno il beauty-case personale.

Se l'Anziano è parzialmente autonomo l'Operatore lo stimola a lavarsi o lo aiuta in alcune manovre (aprire il rubinetto, lavare il collo, pettinarsi...). L'attenzione dell'Operatore deve essere rivolta a favorire l'autonomia dell'Ospite.

Se l'Anziano non è autosufficiente l'Operatore pratica l'igiene del viso e delle mani tenendo presente che:

- l'acqua sia miscelata alla giusta temperatura;
- non entri il sapone negli occhi e nelle orecchie;
- gli abiti dell'Anziano siano protetti;
- siano asciugati mani e viso.

Se l'Ospite utilizza la protesi dentaria, l'Operatore lo aiuterà nel posizionarla.

Nei casi di arto plegico è necessario lavare e asciugare con estrema cura l'interno della mano per prevenire macerazioni.

**RIFACIMENTO LETTO**

**AZIONI**

Si ritiene opportuno che gli Operatori conoscano e tengano presenti le abitudini degli Anziani.

Il rifacimento del letto dovrebbe essere fatto dopo ciascuna alzata coinvolgendo maggiormente gli Anziani che lo desiderano.

Se necessario, due Operatori cambiano la biancheria.

Si accertano che l'eventuale materassino antidecubito sia in funzione.

Rassettano le lenzuola accertandosi che non abbiano pieghe, (controllare bene gli angoli), dispongono la traversa.

Controllano che ci siano le coperte, i panni, i cuscini secondo le abitudini.

## BAGNO IN VASCA

### OBIETTIVI

- **Garantire uno stato di benessere psico-fisico dell'Anziano.**
- **Garantire la cura e l'igiene dell'Anziano "settimanalmente".**
- **Stimolare la circolazione, ottenere un effetto tonico.**
- **Favorire l'autostima e la dignità della persona.**

### AZIONI

La programmazione del bagno deve tener conto il più possibile delle preferenze e delle condizioni psico-fisiche dei singoli Anziani (vedi programma bagni, programma giornaliero, consegna integrata).

Inoltre deve prevedere se sia necessario solamente un Operatore oppure due e quali attrezzature.

La programmazione deve avvenire congiuntamente con gli IP.

Per gli Anziani più orientati, l'Operatore ricorda la data prevista per il bagno scrivendola sul calendario in camera o in altri spazi appositi. La riconferma anche il giorno prima.

Per gli Anziani con problemi di cognitiv      spesso necessario valutare quando e come comunicare la programmazione del bagno.

Il bagno per l'Anziano    un momento delicato, sia dal punto di vista igienico che dal punto di vista relazionale;    importante quindi che si tenga conto delle sue preferenze e che, anche nel comunicarglielo, si adottino modalit   rassicuranti.

Oltre a rammentare all'Ospite che il giorno successivo avr   il bagno,    buona norma preparare gli indumenti puliti insieme a lui.

Se l'Anziano ha problemi di cognitiv   e si    stabilito che non conviene comunicargli del bagno, l'Operatore provveder   a preparare gli indumenti puliti tenendo conto delle abitudini.

In caso di aggressivit   verso gli Operatori rispetto al bagno, sia essa causata da patologie e/o altro, si individuano le modalit   specifiche per favorire l'attivit   (eventuali figure di riferimento).

Se l'Anziano rifiuta, si programma il bagno nei giorni successivi.

Prima di procedere si controlla la temperatura ambiente della stanza da bagno, si accerta che ci siano l'acqua calda e tutto l'occorrente, compresi gli indumenti puliti. Si evita che ci siano correnti

d'aria chiudendo porte e finestre; si collocano alcuni tappeti antiscivolo attorno alla vasca per la sicurezza dell'Ospite come del personale.

Se l'Anziano è in grado di andare in bagno, l'Operatore lo accompagna portando anche gli indumenti puliti.

Se l'Anziano non è in grado di recarsi in bagno e il piano di lavoro prevede l'uso della seggiola apposita, gli Operatori lo aiutano a scendere dal letto e a sedersi sulla seggiola; dopo averlo aiutato a coprirsi con la propria vestaglia o con teli appositi, lo accompagnano nel locale bagno. Se per l'Anziano non autosufficiente è previsto l'uso della seggiola doccia oppure del lettino-doccia, si utilizzano questi presidi posizionando l'Ospite con il sollevatore e, dopo averlo coperto, lo si accompagna nel bagno clinico.

Verbalizzare sempre tutti i passaggi (spiegare all'Anziano "quello che si fa"), comunicare usando parole semplici, frasi brevi, parlare lentamente e con chiarezza, se necessario mettersi di fronte all'Ospite, dare sicurezza e sostegno mediante contatto fisico.

Accertare che la vasca sia piena, controllare la temperatura dell'acqua adattandola alle abitudini dell'Anziano, ( se possibile fargli stabilire da sé la temperatura dell'acqua), immergere l'Ospite nella vasca dopo aver indossato i guanti monouso.

Insaponare procedendo con il lavaggio dei capelli (curandosi di non fare entrare schiuma e acqua negli occhi e nelle orecchie) e del corpo. Frizionare con cura il cuoio capelluto, sciacquare e ripetere l'operazione. Lavare poi il viso facendo attenzione a non fare entrare schiuma e acqua negli occhi e nelle orecchie.

Pulizia dell'orecchio: pulire il padiglione auricolare con acqua e sapone. L'utilizzo di cotton-fioc è controindicato.

Pulizia degli occhi: risciacquare con acqua procedendo dall'angolo nasale all'angolo temporale (dal naso verso le orecchie).

Lavare poi il collo, il tronco, le ascelle, il solco mammario, il foro ombelicale, le braccia, le mani, la schiena, l'addome, le gambe, i piedi e le parti intime.

Sollevarlo l'Ospite con l'apposito lettino, quindi risciacquarlo con acqua pulita utilizzando la doccia.



Spostare l'Ospite dalla vasca e avvolgerlo con teli da bagno; asciugarlo accuratamente tamponando la cute.

Frizionare o idratare la pelle con un prodotto specifico.

Se necessario, prima di vestire l'Anziano chiamare l'infermiere per le medicazioni del caso.

Procedere a una parziale vestizione per consentire poi l'asciugatura a phon.

Tagliare le unghie di piedi e mani, pulire entrambe le orecchie, eliminare i peli superflui del viso.

Se necessario, si posiziona il pannolone, si termina la vestizione e si fa accomodare l'Anziano sulla carrozzina personale.

Prima di uscire con la persona dalla stanza da bagno, si ripone la biancheria sporca negli appositi sacchi ricordandosi di controllare le tasche degli abiti.

Si riaccompagna l'Ospite nel soggiorno comune.

Terminato il bagno si provvede al riordino del locale.

Si pulisce la vasca utilizzando disinfettante e sciacquando abbondantemente.

Eseguito l'ultimo bagno si lavano e si asciugano gli strumenti di lavoro mentre si provvede a porre quelli metallici nella sterilizzatrice.

L'Operatore procede all'igiene delle proprie mani.

## BAGNO A LETTO

### OBIETTIVI

- **Garantire la cura e l'igiene dell'Anziano "settimanalmente".**
- **Stimolare la circolazione, ottenere un effetto tonico.**
- **Favorire l'autostima e la dignità della persona.**

### AZIONI

Preparazione del carrello con tutto l'occorrente.

Informare l'Ospite di quello che si sta per fare.

Entrare nella stanza con tutto l'occorrente, chiudere la porta della stanza ed eventualmente le finestre e posizionare paravento per il rispetto della privacy.

Indossare guanti monouso, porsi ai lati del letto, abbassare le sponde se presenti.

Preparare l'acqua negli appositi contenitori e accertarsi che la temperatura sia adeguata (36°-37°) verificandola eventualmente sul polso o gomito dell'Operatore o con l'ausilio di un termometro.

Preparare il letto (posizione orizzontale): collocare tele cerate o traversa monouso sotto l'Ospite, togliere i cuscini, il copriletto, le coperte e abbassare il lenzuolo all'altezza del bacino dell'Ospite.

Togliere gli indumenti superiori e coprire con un telo da bagno.

Durante lo svolgimento di tali azioni è importante verbalizzare sempre tutti i passaggi (spiegare all'Anziano "quello che si fa").

Versare il detergente sulle salviette monouso, (durante il bagno se ne usano varie), bagnandole con acqua calda: una salvietta si porge all'Anziano chiedendogli di collaborare, l'altra è utilizzata dall'Operatore.

Iniziare il lavaggio partendo dal viso, con riguardo agli occhi e alle orecchie. A seguire si lavano il collo, le spalle, le ascelle, le braccia, le mani (lavate direttamente dentro la brocca), il petto, l'area

sotto il seno e l'ombelico. In seguito si sciacqua bene utilizzando salviette monouso e acqua per rimuovere il detergente e si asciuga con cura tamponando e non frizionando per evitare d'irritare cute e mucose. Dopo averlo asciugato, si copre l'Anziano con un telo da bagno.

Girare l'Ospite su di un fianco e procedere con il lavaggio della schiena; sciacquare bene e asciugare con la stessa metodologia precedentemente descritta.

Dopo averlo asciugato, riportare l'Anziano in posizione supina e fargli indossare la maglia intima.

Rimuovere gli indumenti della parte inferiore, togliere l'eventuale pannolone lasciando coperte le parti intime e proseguire lavando cosce e gambe; scendere verso i piedi facendo attenzione alle pieghe interdigitali. Risciacquare e asciugare con la stessa metodologia precedentemente descritta.

Procedere con l'igiene intima, posizionando dove è possibile la padella. Sciacquare bene e asciugare con la stessa metodologia precedentemente descritta.

Girare l'Ospite sul fianco e lavare la zona perianale, quella lombo-sacrale, i glutei e le gambe. Sciacquare bene e asciugare con la stessa metodologia precedentemente descritta.

Nell'arco dell'effettuazione del bagno controllare con l'apposito termometro che la temperatura dell'acqua rimanga costante.

Rimuovere tutta la biancheria e provvedere al rifacimento del letto.

Se necessario prima di vestire l'Anziano chiamare l'infermiere di turno (già avvisato precedentemente) per eseguire eventuali medicazioni.

Procedere con la vestizione, al bisogno posizionando il pannolone.

Procedere con il lavaggio della testa sistemando un cuscino sotto le spalle, la traversa monouso e il lavatesta; inumidire i capelli ed eseguire il frizionamento del cuoio capelluto con l'apposito shampoo o prodotti specifici curandosi di non fare entrare schiuma e acqua negli occhi e nelle orecchie. Risciacquare accuratamente, avvolgere il capo con un asciugamano e asciugare i capelli.

Dedicarsi alle cure delle unghie di mani e piedi e alle cure del viso.

## COLAZIONE

### OBIETTIVI

- **Rispondere alle necessità nutrizionali: alimentarsi e idratarsi adeguatamente.**
- **Soddisfare i bisogni psico-affettivi legati all'assunzione del cibo.**
- **Mantenere le capacità residue psichiche e motorie stimolando la partecipazione dell'Anziano.**
- **Aiutare nella predisposizione e nell'assunzione del cibo rispetto alle singole disautonomie di ogni Anziano stimolando le capacità residue (con la consulenza e supervisione del Fisioterapista).**
- **Fare in modo che il pasto sia un'esperienza piacevole.**

### ATTENZIONE:

- alle norme igieniche fondamentali;
- ai tempi di assunzione e alle abitudini di ogni Anziano;
- ai regimi dietetici individuali.

### AZIONI

Prima di procedere gli Operatori provvedono all'igiene delle mani, indossano la cuffia e apposito camice.

Si apparecchiano i tavoli con tovagliolo pulito, bavaglia, posate, bicchiere con bottiglia d'acqua.

Si prepara il carrello con tutto l'occorrente per la colazione.

Si accompagnano gli Ospiti al tavolo informandoli che è ora della colazione, del menù e chiedendo cosa gradiscono, nel rispetto di eventuali indicazioni dietetiche.

Si aiutano gli Ospiti sistemando la bavaglia o il tovagliolo a chi non è in grado di indossarlo autonomamente.

Verbalizzare sempre tutti passaggi (spiegare all'Anziano "quello che si fa") e comunicare usando parole semplici e frasi brevi, parlando lentamente e con chiarezza.

Posizionare la tazza e il relativo piattino con biscotti o fette biscottate (con le apposite pinze) e posate in modo che l'Ospite che è in grado di alimentarsi possa farlo autonomamente.

Sedersi di fianco all'Ospite e provvedere all'aiuto o imboccamento per gli Ospiti che non sono in grado di alimentarsi autonomamente.

Se gli Ospiti riescono a gestirsi da soli durante la colazione, si cercherà di far mantenere loro tali autonomie.

Assicurarsi che l'alimento abbia una temperatura tale da poter essere ingerito.

Lasciare all'Ospite il tempo di masticare e d'inghiottire.

Mentre mangia, permettere all'Ospite di riposarsi a intervalli.

Lasciare l'Ospite al tavolo per il tempo di cui necessita per consumare la colazione.

Alla fine del pasto togliere il tovagliolo o la bavaglia. Accompagnare l'Ospite in bagno ed eseguire l'igiene orale e quella delle mani (informare sempre l'Ospite riguardo alle operazioni che si svolgono). Se l'Ospite è autonomo accertarsi che esegua l'igiene orale e quella delle mani.

Accompagnare gli Anziani dove lo desiderano.

Provvedere a rilevare e annotare se l'assunzione del cibo e delle bevande è stata adeguata e sufficiente o se qualche Ospite ha avuto difficoltà, in tal caso riferendolo all'infermiere di turno.

Raccogliere le stoviglie, riordinare i tovaglioli negli appositi spazi con cambio ogni qualvolta serve, pulizia dei tavoli (con apposito prodotto), riordinare la sala da pranzo.

Portare il carrello delle stoviglie in cucina e lavare le stoviglie, riordinare il materiale posto sopra il carrello.

Lavaggio mani degli Operatori.

## PRANZO

### OBIETTIVI

- **Rispondere alle necessità nutrizionali: alimentarsi e idratarsi adeguatamente.**
- **Soddisfare i bisogni psico-affettivi legati all'assunzione del cibo.**
- **Mantenere le capacità residue psichiche e motorie stimolando la partecipazione dell'Anziano.**
- **Fare in modo che il pasto sia un'esperienza piacevole.**

### ATTENZIONE:

- alle norme igieniche fondamentali;
- ai tempi dell'assunzione e delle abitudini di ogni Anziano;
- ai regimi dietetici individuali;
- all'aiuto nella predisposizione e nell'assunzione del cibo rispetto alle singole disautonomie di ogni Anziano (con la consulenza e la supervisione del Fisioterapista).

### AZIONI

Accompagnare gli Ospiti che non sono in grado di farlo da soli in bagno a lavarsi le mani.

Preparare i tavoli, posizionare i tovaglioli e le bavaglie per gli Ospiti che ne fanno uso, i bicchieri, le posate, l'acqua, il vino, il piattino per il pane e la frutta, l'oliera.

Controllare che ci sia tutto il materiale per la distribuzione (menù, vassoi, formaggio, olio, aceto e sale).

Aiutare gli Anziani a prendere posto a tavola e posizionare il tovagliolo o la bavaglia.

Prima di diventare operativi in sala da pranzo, gli Operatori provvedono alla cura dell'igiene delle mani, indossano la cuffia e l'apposito camice.

All'arrivo del carrello termico dei pasti, gli Operatori invitano l'Ospite autosufficiente a prendere visione del proprio menù giornaliero e informano del menù giornaliero l'Ospite non autonomo.

Si accertano che gli alimenti siano ben conservati, non presentino anomalie evidenti e che ci siano le porzioni previste.

Un Operatore, (individuato dal programma di lavoro), dispone lo sporzionamento delle vivande; un secondo Operatore effettua la distribuzione con gli appositi vassoi mentre gli altri Operatori si dispongono al servizio ai tavoli e imboccano gli Ospiti che ne hanno bisogno.

La distribuzione e la consumazione del pasto avviene in due fasi:

- A) distribuzione e consumazione del primo piatto (chiusura del carrello);
- B) distribuzione e consumazione del secondo piatto.

Verbalizzare sempre tutti i passaggi (spiegare all'Anziano "quello che si fa"), comunicare usando parole semplici e frasi brevi, parlare lentamente e con chiarezza, se necessario collocandosi di fronte all'Ospite.

Tagliare i cibi per gli Ospiti che ne necessitano, sedersi affianco a loro e imboccare quelli che ne hanno bisogno, stimolarli ad alimentarsi. Per gli Ospiti autosufficienti è necessario rimanere a disposizione osservando e intervenendo quando necessario.

Per gli Ospiti che riescono a gestirsi da soli durante il pranzo e la cena, si cercherà di far mantenere loro tali autonomie anche con eventuali ausili.

Se l'Ospite ha difficoltà a utilizzare le posate, lasciargli prendere il cibo con le mani prestando attenzione che non si scotti.

Alimentare l'Ospite con piccoli bocconi e alternare i cibi alle bevande.

Se necessario, prestare attenzione alle quantità di liquidi ingeriti.

L'Operatore dopo le portate principali distribuisce la frutta e a seguire il caffè tenendo conto delle prescrizioni dietetiche.

Al termine del pasto si ritirano le stoviglie e i piatti sull'apposito carrello che sarà portato in cucina.

Togliere i tovaglioli e riporli negli appositi armadi (cambiandoli se serve).

Ricordare e pulire dei tavoli con appositi disinfettanti, riporre acqua e vino negli appositi armadi.

Lavare le stoviglie e sistemare gli appositi carrelli.

Provvedere a rilevare e annotare se l'assunzione del cibo e delle bevande è stata adeguata o se qualche Ospite ha avuto difficoltà, in tal caso riferendolo all'Infermiere di turno, eventualmente compilare la scheda d'idratazione.

Segnalare su apposita scheda eventuali carenze igieniche o di qualità degli alimenti e avvertire verbalmente i responsabili scartando poi gli alimenti individuati.

Provvedere all'igiene delle proprie mani.



## RIPOSO POMERIDIANO

### OBIETTIVI

**Il riposo pomeridiano è subordinato ai singoli programmi personalizzati previsti per ogni Anziano che tengono conto:**

- **delle abitudini personali dell'Ospite;**
- **delle indicazioni sanitarie;**
- **delle caratteristiche dell'Anziano;**
- **delle capacità residue ancora presenti nell'Ospite, che devono essere sempre sostenute, mantenute e, ove possibile, recuperate.**

### AZIONI

Terminato il pranzo gli Operatori si apprestano a mettere a letto per il riposo pomeridiano gli Ospiti che lo desiderano e quelli per i quali è necessario, seguendo le indicazioni medico-sanitarie.

Prima di accompagnare l'Ospite in stanza il personale deve:

- comunicare all'Anziano ciò che si accinge a compiere;
- provvedere al controllo dell'Anziano (pulire la bocca con il tovagliolo, rimuovere le briciole dai vestiti...);
- accompagnare l'Ospite in bagno se ne necessita e/o secondo i programmi per il controllo dell'incontinenza;
- risciacquare la protesi dentale, rimuovendola e/o riposizionandola in base all'abitudine dell'Anziano (stimolazione per gli Ospiti parzialmente autosufficienti, aiuto totale per gli Ospiti non autosufficienti);
- provvedere all'igiene delle mani (stimolazione per gli Ospiti parzialmente autosufficienti, aiuto totale per gli Ospiti non autosufficienti);
- accertarsi di avere a disposizione tutto il materiale necessario all'esecuzione del posizionamento al letto (carrello cambio e materiale necessario per igiene);
- accertarsi che le condizioni ambientali siano adeguate (finestre, imposte, tapparelle chiuse e/o aperte a seconda della stagione e nel rispetto delle abitudini dell'Ospite).

Rispettare la privacy dell'Ospite facendo attenzione a:

- bussare alla porta della camera;
- chiudere la porta;
- rispettare gli altri Ospiti già presenti in camera;

Accompagnare l'Anziano in camera ed entrare con tutto l'occorrente (carrello per il cambio, carrello per la biancheria sporca e il materiale per l'igiene).

Abbassare le sponde e procedere con la preparazione del letto.

Aiutare gli Ospiti in carrozzina ed eventualmente vincolati al raggiungimento del letto: affiancare la carrozzina al letto, svincolare l'Ospite e trasferirlo dalla carrozzina al letto seguendo eventuali indicazioni del Fisioterapista. Se previsto, fare uso del sollevatore cercando di tranquillizzare l'Anziano.

Durante lo svolgimento delle azioni è importante verbalizzare i vari passaggi (spiegare all'Anziano "quello che si fa").

Far sedere l'Ospite sul letto, sfilare le scarpe e adagiare l'Ospite sul letto in posizione supina. Eseguire l'igiene intima e il cambio del pannolone in base alle necessità e allo schema personalizzato.

Aver cura che gli abiti siano posizionati in modo che non rechino disagi o compressioni alla cute.

Togliere gli indumenti in eccesso avendo cura di riporli in maniera ordinata.

Togliere eventuali forcine, collane, occhiali, ecc.

Sbottonare i primi bottoni di abiti o camicie.

Allentare eventuali cinture.

Sganciare eventuali sacchetti urinari dalla gamba posizionandoli correttamente sul letto per facilitare la circolazione vascolare ed evitare reflussi urinari.

Sollevarre il capo e/o gli arti inferiori in base alle esigenze e ai programmi personalizzati.

Se necessario, posizionare l'Anziano con cuscini o altri ausili come dai piani personalizzati e/o secondo le indicazioni medico/sanitarie.

A seconda della stagione e delle richieste dell'Ospite si avrà cura di coprirlo.

Posizionare le sponde a chi ne necessita.

Sistemare il dispositivo di chiamata (campanello) in posizione facilmente raggiungibile dall'Ospite.

Spostare il comodino per facilitare il movimento autonomo dell'Anziano nel caso voglia prendere effetti personali o idratarsi da sé.

Posizionare gli ausili utilizzati dall'Ospite quali carrozzina, deambulatore, tripode adeguatamente, in modo tale che non siano d'intralcio e che non rechino pericolo per l'Ospite e per il personale.

Oscurare l'ambiente secondo le richieste degli Ospiti.

Prima di congedarsi dall'Anziano verificare se tutto è a posto chiedendo ove possibile conferma all'Ospite stesso; augurando il Buon Riposo si lascia la stanza.

Durante il riposo pomeridiano occorre garantire un controllo degli Ospiti a letto, tenendo conto delle richieste e delle esigenze di ogni singolo Ospite.

Gli Ospiti che non desiderano riposare dopo il pranzo verranno accompagnati in bagno per eseguire l'igiene orale e delle mani, per espletare le funzioni fisiologiche e per il controllo del pannolone. In seguito verranno accompagnati nella sala di loro gradimento.

**IDRATAZIONE**  
**RISTORO POMERIDIANO**

OBIETTIVI

- **Rispondere alle necessità nutrizionali: alimentarsi e idratarsi adeguatamente.**
- **Soddisfare i bisogni psico-affettivi legati all'assunzione del cibo.**
- **Mantenere le capacità residue psichiche e motorie stimolando la partecipazione dell'Anziano.**

ATTENZIONE:

- alle norme igieniche fondamentali;
- ai tempi di assunzione e delle abitudini di ogni Anziano;
- ai regimi dietetici individuali;

AZIONI

Lavarsi le mani, indossare la cuffia e la grembiulina.

Preparare il carrello per il ristoro con tazze, bicchieri di vetro o di plastica, brocche con tè o succo di frutta.

Gli Operatori informano opportunamente gli Ospiti dell'operazione a cui si apprestano.

Si distribuiscono agli Ospiti le bevande nelle tazze o nei bicchieri e si aiuta chi non è in grado di farlo autonomamente.

La scelta delle bevande avviene sempre in base ai gusti e alle esigenze personali degli Anziani.

Se necessario si compila la scheda d'idratazione.

Si procede con l'igiene delle mani e della bocca degli Ospiti.

Vengono ritirate e lavate le stoviglie con successiva sistemazione nell'apposito armadio.

## SORVEGLIANZA

### OBIETTIVI

- **Assicurare agli Anziani vigilanza e assistenza tutelare e sanitaria da personale qualificato che conosce le abitudini, le problematiche, i bisogni e le patologie individuali.**
- **Assicurare agli Anziani una struttura sicura.**

### AZIONI

L'Operatore inizia il turno esegue lo scambio verbale con il collega che smonta dal turno precedente.

L'Operatore esegue un giro di controllo della struttura assistenziale per accertarsi che tutto sia tranquillo e verifica che:

- l'Anziano sia coricato comodamente e correttamente rispetto alla postura;
- eventuali ausili di sicurezza siano posizionati correttamente come da indicazione medica (sponde, ecc.);
- l'Ospite abbia a disposizione e possa accedere facilmente al campanello per chiamare;
- i portatori di catetere vescicale abbiano il sacchetto delle urine ben ancorato al letto e che il tubo non presenti strozzature;
- l'Anziano abbia a disposizione e possa accedere facilmente a ciò di cui può aver bisogno (acqua, padella, pappagallo, ecc.);
- funzionino i materassi antidecubito;
- siano soddisfatti i bisogni degli Ospiti che eventualmente sono svegli.

L'Operatore inizia i compiti di routine: pulizia e preparazione della colazione, controllo e pulizia del bagno personale.

L'Operatore risponde tempestivamente a eventuali richieste degli Ospiti e all'ora prestabilita:

- si prepara il carrello con tutto l'occorrente;
- si eseguono i cambi dei pannoloni (ed eventuale igiene al bisogno) secondo schemi prestabiliti;
- si procede con i cambi di postura agli orari prestabiliti;
- si idrata chi lo richiede e chi non è in grado di farlo autonomamente;
- si accompagnano in bagno gli Ospiti che lo desiderino;
- si verificano i bisogni degli Ospiti che non dormono (fisiologici, ansiosi, fisici) e si segnalano all'infermiere.

Il cambio e i giri di controllo vanno fatti in silenzio, rispettando la privacy, rivolgendosi a chi è ancora sveglio parole che rassicurino e tranquillizzino.

# SINTESI DEL PIANO

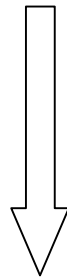
## SINTESI DEL PIANO

- 1) OBIETTIVI DI ASSISTENZA
  - ▶ DI BASE
  - ▶ SANITARI
  
- 2) OBIETTIVI DI RIATTIVAZIONE
  - ▶ ANIMAZIONE
  - ▶ ATTIVITA' TERAPEUTICHE
  - ▶ RIABILITAZIONE
  
- 3) OBIETTIVI CON FAMILIARI
  
- 4) OBIETTIVI CON OPERATORI
  
- 5) OBIETTIVI ORGANIZZATIVO - GESTIONALI
  
- 6) INIZIATIVE SPECIFICHE

SCOPO

INCREMENTARE IL GRADIMENTO DEGLI OSPITI

INCREMENTARE EFFICACIA TECNICA DEL SERVIZIO



INCREMENTARE BENESSERE



## **SOCIO ASSISTENZA**

### **OBIETTIVI**

*Mantenere le capacità residue degli ospiti*

Mantenere le abitudini e gli interessi dei singoli ospiti (stili di vita individuali)

Favorire la partecipazione degli anziani alle scelte relative alla loro vita all'interno della struttura

Dimensionare i contenuti, le prassi, i tempi e le relazioni assistenziali sulle condizioni, sulle aspettative e sulle abitudini degli ospiti

Dare valenza "riattivativa" (animazione e riabilitazione) all'assistenza di base, favorendo l'utilizzo delle capacità residue e delle motivazioni degli anziani.

Il grado di raggiungimento degli obiettivi verrà valutato sulla base degli indicatori del sistema qualità.

## AREE DI INTERVENTO

### **IGIENE**

- *Adottare i protocolli definitivi*

### ORALE

- Utilizzare idonei strumenti (spazzolini- dentifrici- contenitori protesi ecc.)
- Dare cadenza giornaliera all'igiene orale

### IGIENE DEI PIEDI

- Realizzare igiene dei piedi con adeguata cadenza
- Prevedere la presenza di un callista

### IGIENE DELLE MANI

- Realizzare l'igiene delle mani prima dei pasti e della messa a letto pomeridiana e serale.

### IGIENE INTIMA E BAGNO

- incrementare il grado di accuratezza e di completezza dell'igiene.

### **VESTIZIONE**

- Prevedere la dotazione e il ripristino periodico da parte dei famigliari
- Migliorare la cura degli effetti personali degli ospiti.

**COLAZIONE**

- Personalizzare le stoviglie e le posate al fine di migliorarne la fruibilità da parte dell'anziano.
- Dotare le strutture con tovaglie con idonei materiali.

**PRANZO**

- Distribuire il vino al momento della dispensa del pasto
- Personalizzare le stoviglie e le posate e migliorare l'apparecchiatura dei tavoli.

## AZIONI, PRASSI E STRUMENTI A SOSTEGNO DEGLI OBIETTIVI DI QUALITÀ DELLA ASSISTENZA DI BASE

- Definire ed adottare i protocolli di assistenza.
- Modificare gli orari, la durata, le modalità delle attività di vita quotidiana dell'anziano avvicinandole ai suoi ritmi di vita naturale.
- Rallentare i ritmi di lavoro degli operatori dimensionandoli sui tempi degli anziani e delle attività assistenziali.
- Riformulare i turni di lavoro degli operatori in linea con la nuova organizzazione del servizio.
- Coinvolgere gli animatori ed i fisioterapisti nella impostazione della assistenza di base per favorirne il gradimento da parte degli ospiti e dare una maggiore valenza riabilitativa agli interventi.
- Adottare la prassi di ingresso degli anziani in struttura e la relativa scheda preammissiva, al fine di identificare con precisione le condizioni, i bisogni, le abitudini, gli interessi e le aspettative degli anziani e di predisporre l'ingresso dell'ospite il più possibile in continuità con il suo stile di vita.
- Elaborare per ciascun anziano il piano di assistenza individuale al fine di personalizzare il più possibile l'azione il sistema degli interventi a supporto dei suoi bisogni e incrementare il gradimento degli Ospiti.
- Riformulare le consegne di nucleo integrando in un unico documento le informazioni e le segnalazioni infermieristiche e socio-assistenziali, al fine di dare continuità all'azione assistenziale degli operatori.
- Realizzare incontri periodici con gli anziani (OSA, Coordinatore di Struttura Assistenziale, Coordinatore del Servizio Assistenza, Animatore, Fisioterapista e Arte terapeuta) per verificare il gradimento degli anziani e regolare su di esso le attività del servizio (assistenza, riabilitazione, animazione, ecc.).
- Approfondire la conoscenza delle condizioni, bisogni, abitudini, aspettative, interessi degli anziani attraverso gli strumenti di analisi, al fine di favorire il mantenimento, in struttura, degli stili di vita personali consolidati.
- L'incontro-équipe di nucleo con cadenza periodica (Coordinatore di Struttura Assistenziale, Coordinatore del Servizio Assistenza, IP di nucleo, Medico, Animatore, Fisioterapista, Arteterapeuta) al fine di programmare e realizzare interventi di assistenza individuale e collettiva qualificati, integrati e continui.

## ASSISTENZA SANITARIA

### OBIETTIVO

Mantenere il più a lungo possibile l'equilibrio psico-fisico e le capacità residue sia cognitive sia motorie dell'Ospite, tenendo presente la polipatologia e la dignità dell'anziano.

### *AZIONI*

- Assicurare visite mediche programmate e periodiche
- Assicurare l'adeguata somministrazione della terapia e la tempestiva verifica dell'assunzione
- Assicurare adeguati cicli di terapia riabilitativa sia cognitiva sia motoria e verifiche periodiche
- Chiedere il consenso dell'Ospite e del tutor all'esecuzione di terapie e/o visite specialistiche e/o indagini strumentali.

### OBIETTIVO

Miglioramento dello stato di salute e del grado di autonomia dell'Ospite.

### *AZIONI*

- Attuazione protocolli infermieristici
- Visite mediche periodiche
- Attivazione terapia riabilitativa sia cognitiva sia motoria.

### OBIETTIVO

Riattivazione psico-sociale e prevenzione sindrome da immobilizzazione.

*AZIONI*

- Protocolli per deambulazione
- Riduzione contenzione
- Potenziare l'animazione

**OBIETTIVO**

Incrementare prevenzione *primaria e* secondaria (diagnosi e intervento precoce) e prevenzione ricoveri Ospedalieri.

*AZIONI*

- Adozione, controllo e vigilanza delle norme igienico sanitarie
- Visite periodiche programmate
- Attivare canali preferenziali con Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari sulla base delle Convenzioni sottoscritte.

**OBIETTIVO**

Incrementare il grado di qualità, omogeneità e continuità degli interventi infermieristici.

*AZIONI*

- Elaborare e gestire programmi di lavoro di nucleo integrati con gli aspetti socio-assistenziali.
- Rivedere il ruolo dell'Infermiere Professionale in senso geriatrico
- Elaborare protocolli infermieristici
- Prevedere continui corsi di aggiornamento

**OBIETTIVO**

Ridurre del \_\_\_ % il numero delle cadute degli anziani.

*AZIONI*

- Rimozione ostacoli negli ambienti comuni

- Assieme ambiente protesico (gomma, ecc.. pag. 11-12 linee guida contenzione)
- Installare porte di sicurezza
- Prevedere orari per deambulazione degli anziani
- Mantenere standards di assistenza definiti durante l'arco di tutta la settimana , (Sabato e Domenica)
- Incrementare le attività di animazione e riabilitazione anche attraverso un maggior coinvolgimento degli OSA.

### OBIETTIVO

Favorire ed incrementare la mobilitazione degli anziani disabili e a rischio di cadute.

### *AZIONI*

- Utilizzo di mezzi idonei alternativi e preventivi delle cadute
- Utilizzo limitato e personalizzato di mezzi contenzione.

### OBIETTIVO

Evitare la formazione di piaghe  
Velocizzare i tempi di guarigione delle piaghe da decubito.

### *AZIONI*

- Attivazione di specifici protocolli *infermieristici e di cura delle posizioni*
- Utilizzo di adeguati materiali e ausili

### OBIETTIVO

Migliorare l'alimentazione e l'idratazione degli anziani

### *AZIONI*

- Verifica periodica delle diete degli Ospiti

- Rendere più sistematica la verifica in tal senso e segnalare tempestivamente (medici e IP) gli anziani che non si idratano e alimentano a sufficienza.
- Aggiornare gli OSA su tali materie
- Personalizzare il tipo di bevande e di cibi

### **OBIETTIVO**

Diminuire il numero delle occlusioni intestinali

### *AZIONI*

- Personalizzare le diete
- Personalizzare l'eventuale tipo di intervento e assicurare le scariche
- Aggiornare le schede di controllo delle evacuazioni
- Aggiornare gli OSA sulla materia

### **OBIETTIVO**

Controllo delle Infezioni delle vie urinarie

### *AZIONI*

- Adeguata igiene intima
- Osservanza norme igieniche nei cambi cateteri



## **ANIMAZIONE, RIABILITAZIONE E ATTIVITA' TERAPEUTICHE**

### **OBIETTIVI**

- Incrementare le condizioni di benessere degli anziani.
- Incrementare il numero degli anziani che partecipano alle attività di animazione/riabilitazione.
- Aumentare il numero di operatori che gestiscono attività di animazione/riabilitazione.
- Incrementare il grado di conoscenza delle abitudini, degli interessi , delle aspettative dei singoli anziani attraverso idonei strumenti e momenti di colloquio periodici fra anziani ed operatori.
- Aumentare le opportunità di animazione, riabilitazione e attività terapeutiche differenziando e personalizzando le iniziative sulle base delle condizioni e aspettative dei singoli anziani.
- Consultare e coinvolgere nella programmazione delle attività il personale socio-assistenziale in grado di fornire informazioni sull'anziano e idee sulle attività da realizzare.
- Integrare i programmi animazione, riabilitazione e attività terapeutiche per incrementarne il grado di efficacia.
- Coinvolgere gli OSA nella realizzazione delle attività di animazione, di alcuni interventi di riabilitazione (mobilizzazione, posture ecc.) e di supporto alle attività terapeutiche.
- Incrementare la conoscenza della assistenza di base da parte degli animatori e terapisti anche presenziando allo svolgimento delle attività assistenziali sia per ricavarne utili indicazioni professionali ed operative, che per fornire agli Operatori suggerimenti qualificanti. Gli Operatori verranno invitati a presenziare alle diverse attività terapeutiche.

## **FAMIGLIARI**

### **OBIETTIVO**

- Dare continuità al rapporto fra famigliari ed anziani incrementando la presenza dei parenti all'interno della struttura.

### *AZIONI*

- Chiedere al momento dell'ingresso dell'anziano la disponibilità a mantenere rapporti costanti con il proprio parente.
- Realizzare incontri con i famigliari di ciascun nucleo per informarli sulle attività e sui cambiamenti programmati invitandoli alle riunioni dei PAI.
- Coinvolgere i famigliari in momenti ed attività particolarmente significativi per i propri parenti.

## **OPERATORI**

### **OBIETTIVO**

- Migliorare le capacità professionali in particolare quelle inerenti la relazione con gli anziani, l'osservazione delle loro condizioni ed aspettative, la programmazione degli interventi individuali e la gestione di attività di animazione.
- Migliorare il grado di integrazione fra le figure professionali dell'assistenza, con particolare riferimento agli animatori ed ai terapeuti.

### *AZIONI*

- Realizzare un percorso formativo rivolto a tutte le figure socio-assistenziali e sanitarie
- Coinvolgere gli OSA nella programmazione e realizzazione delle attività di animazione.

# PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE

## SOMMARIO

SINTESI

INTRODUZIONE

OBIETTIVI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO

STRUMENTI E PROCEDURE

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE DELLE CADUTE

L'OSPITE: CAUSE

VALUTAZIONE DEI FATTORI PREDISPONENTI DI RISCHIO

INTERVENTI

*Esercizio fisico*

*Terapia farmacologica*

*Protettori d'anca*

*Ambiente*

*Ausili per la deambulazione*

*Formazione del personale*

*Intervento e soccorso in caso di caduta*

EDUCAZIONE SANITARIA

APPORTO DI CALCIO E VITAMINA D

CONTENZIONE

*Riduzione della contenzione*

SUPPORTO ORGANIZZATIVO

CONCLUSIONI

[\(Allegato n.1\)](#) PROCESSO DECISIONALE

[\(Allegato n.2a\)](#) SCHEDA PERSONALE RILEVAZIONE CADUTE

[\(Allegato n.2b\)](#) SCHEDA RILEVAZIONE CADUTE

[\(Allegato n.3\)](#) SCALA MORSE

[\(Allegato n.4\)](#) SCALA DI TINETTI PER L'EQUILIBRIO ED ANDATURA

[\(Allegato n.5\)](#) SCALA CONLEY

[\(Allegato n. 6\)](#) PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE CADUTE 139

SINTESI

<b>Definizione</b>	<p>Si definisce caduta: “un improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, o assisa, o clinostatica”.</p> <p>La testimonianza delle cadute si basa sul ricordo dell’interessato e/o sulla descrizione dei testimoni. Questa definizione include i pazienti che dormendo sulla sedia cadono per terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto di terzi.</p>
<b>Obiettivi</b>	<p><b>1. Ridurre l’incidenza di cadute e delle conseguenze</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Adottare un sistema di rilevazione delle cadute con pratiche basate sull’evidenza</li> <li>b) Verifica dei risultati attraverso l’elaborazione periodica dei dati raccolti circa le cadute (programmare analisi e riunioni di équipe)</li> <li>c) Condividere periodicamente con tutto il personale i dati raccolti (programmare incontri)</li> <li>d) Decidere in équipe le modifiche organizzative, strutturali e/o assistenziali per ridurre i rischi determinanti</li> <li>e) Procedere con gli interventi di prevenzione:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Strutturali (rivolti alla struttura abitativa, azioni rivolte al personale)</li> <li>▪ Organizzativi (revisione piani di lavoro, punti di sorveglianza, ecc.)</li> <li>▪ Assistenziali (revisione piani di assistenza personalizzati)</li> </ul> </li> <li>f) verifica dei risultati raggiunti</li> </ul> <p><b>2. Garantire la corretta e uniforme assistenza in caso di caduta</b> Adozione di un protocollo per la prevenzione e la gestione delle cadute</p> <p><b>3. Migliorare e garantire la qualità dell’assistenza attraverso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) La sicurezza dell’ospite e dell’operatore (evitare danni o conseguenze a causa dell’intervento di soccorso)</li> <li>b) Pronto soccorso adeguato</li> <li>c) Gestione di tutte le sequele della caduta</li> <li>d) Raccolta dati circa l’evento (registrare caduta su relativo modulo ed in diario infermieristico)</li> <li>e) Formazione specifica del personale</li> </ul>
<b>Standard di risultato</b>	<p>Corretta applicazione del protocollo da parte del 100% di tutti gli operatori della struttura.</p>

<p><b>Indicatori</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero di Operatori che adottano il protocollo/Tot. operatori</li> <li>- Presenza di strumenti per la valutazione dei rischi</li> <li>- Presenza di strumenti per la valutazione dei soggetti a rischio</li> <li>- Presenza di strumenti per la rilevazione cadute (Scheda cadute)</li> <li>- Numero casi in discussione in riunione di èquipe (annotazioni nel Piano Assistenziale Individuale PAI)</li> <li>- Numero/anno cadute e conseguenze correlate</li> <li>- Numero ricoveri per traumi e fratture.</li> </ul>
<p><b>Indicazioni/soggetti a Rischio</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificare le categorie a Rischio di cadute</li> <li>- Identificare tre tipologie (tabella 1)</li> </ul>
<p><b>Modalità operative e strumenti di lavoro</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valutazione dei pazienti all'ingresso</li> <li>- Individuazione dei pazienti a rischio</li> <li>- Individuazione dei rischi</li> <li>- Adozione degli strumenti operativi</li> <li>- Osservazione e monitoraggio delle cadute</li> <li>- Rivalutazione periodica medica ed assistenziale</li> <li>- Strategie di prevenzione</li> </ul>
<p><b>Procedura operativa, risorse e tempi</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Flow chart (Procedura per la gestione delle cadute, Allegato n. 6)</li> <li>- Rivalutazione almeno annuale di tutti i pazienti</li> <li>- Risorse umane: tutte le professioni operanti in struttura</li> <li>- Risorse economiche per acquisti e adeguamenti ambientali</li> </ul>

## INTRODUZIONE

I dati in letteratura indicano che ogni anno, più della metà dei residenti delle Residenze Sanitarie Assistenziali (di seguito RSA) cade.<sup>1</sup>

Si stima che nel Trentino, l'incidenza annuale delle cadute registrata tra gli ospiti delle RSA sia di 1,5 per letto ogni anno. Il 4% circa delle cadute che si verificano all'interno delle strutture comporta fratture e l'11% altre gravi lesioni come trauma cranico, lesioni ai tessuti molli e lacerazioni considerevoli. Ogni anno, circa 1.800 cadute si verificano nelle RSA. Quanto le cadute influiscano sulla paura e sulla funzionalità è stato studiato molto poco nei residenti delle RSA rispetto a coloro che vivono nella collettività. Il numero di cadute aumenta progressivamente con l'aumento dell'età in entrambi i sessi.

Il 40% degli anziani ospedalizzati per una caduta ha una frattura dell'anca e il 7% di questi muore. Le cadute sono la seconda causa di trauma cranico (35%) e spinale (37%). La maggior parte delle ospedalizzazioni per trauma cranico da caduta è provocata da cadute dalle scale o scalini (25%), scivolata, inciampo o passo falso (17%).<sup>2</sup>

Le cadute rappresentano la prima causa di morte per lesioni accidentali (39,9% dei decessi per lesioni accidentali) e l'1,9% di tutte le cause di morte e sono un'importante causa di morbilità.. Da dati ISTAT al 1 gennaio 2005 si stimano in Italia 130.000 ricoveri ospedalieri all'anno per cadute e rappresentano la prima causa di incidente domestico e di morte per lo stesso motivo nella popolazione anziana.<sup>3</sup>

I traumi da caduta hanno anche un costo economico e sociale. Secondo i dati del Sistema informativo nazionale sugli incidenti di civile abitazione (SINIACA) in Italia il costo unitario per ricovero da incidente domestico, la cui causa prevalente è la caduta, è di circa 3.000 euro, che consente di stimare in circa 400 milioni di euro all'anno il costo dei ricoveri per caduta in Italia.<sup>4</sup> Negli Stati Uniti i costi annuali per l'assistenza sanitaria per lesioni da caduta nell'anziano si aggirano attorno al miliardo di dollari.<sup>5</sup>

Considerata la costante crescita della popolazione anziana, la prevenzione delle cadute diventa sempre più importante.

Bisogna identificare i possibili fattori di rischio e attivare programmi di prevenzione per ridurre la frequenza. Una riduzione del 20% delle cadute consentirebbe circa 27.000 ricoveri in meno in Italia all'anno.<sup>6</sup>

## OBIETTIVI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Gli obiettivi ai quali una procedura deve tendere sono molteplici, e in particolare si possono suddividere in tre grosse categorie:

<sup>1</sup> Rubenstein LZ, Josephson KR, Robbins AS. Falls in the nursing home. *Ann Intern Med.* 1994 Sep 15;121(6):442-51

<sup>2</sup> The Northeast Hip Fracture Study Group..Grisso JA, Kelsey JL, Strom BL, Chiu GY, Maislin G, O'Brien LA, Hoffman S, Kaplan F. Risk factors for falls as a cause of hip fracture in women. *N Engl J Med.* 1991 May 9;324(19):1326-31

<sup>3</sup> ISTAT, Demografia in cifre, [http://demo.istat.it/pop\\_2005/index.html](http://demo.istat.it/pop_2005/index.html)

<sup>4</sup> Pitidis A., Giustini M., Taggi F. La sorveglianza degli incidenti domestici in Italia. ISS, O5/AMPP/AC/624, 2005. <http://www.iss.it/binary/ampp/cont/RelazioneSiniaca.1132846801.pdf>.

<sup>5</sup> Friedman SM, Munoz B, West SK, Rubin GS, Fried LP. Falls and fear of falling: which come first? A longitudinal prediction model suggest strategies for primary and secondary prevention. *J Am Geriatric Soc* 2002; 50(8): 1229-35.

<sup>6</sup> DoctorNews 13 giugno 2007



### **1.Prevenire e ridurre il numero di cadute e le conseguenze gravi delle stesse**

- a) Utilizzare strumenti o processi di valutazione per l' accertamento della caduta
- b) Adottare un sistema di rilevazione delle cadute (scheda cadute)
- c) Verifica dei risultati dell'elaborazione periodica dei dati raccolti circa le cadute (programmare analisi e riunioni di équipe)
- d) Decidere in équipe le modifiche organizzative, strutturali e/o assistenziali al fine di ridurre i fattori di rischio determinanti (da dati statistici rilevati)
- e) Condividere periodicamente fra tutto il personale i risultati della raccolta dati (programmare incontri)
- f) Procedere con gli interventi basati su prove di efficacia:
  - Strutturali (rivolti alla struttura abitativa, e alla formazione del personale)
  - Organizzativi (revisione piani di lavoro, punti di sorveglianza, ecc.)
  - Assistenziali (revisione piani di assistenza personalizzati)
- g) Verifica collegiale dei risultati

### **2.Garantire la corretta e uniforme assistenza in caso di caduta**

Adozione di un protocollo per la prevenzione e gestione delle cadute

### **3.Migliorare e garantire la qualità dell'assistenza**

Al fine di:

- Garantire la sicurezza dell'ospite e dell'operatore (evitare danni o conseguenze a causa dell'intervento di soccorso)
- Dare pronto soccorso adeguato in caso di caduta
- Raccogliere dati circa l'evento (registrare caduta su relativo Modulo ed in diario infermieristico)
- Gestire le conseguenze della caduta
- Formare specificatamente gli operatori con la presa di coscienza del problema da parte di tutti ,con acquisizione e consolidamento della procedura/linee di indirizzo

## **STRUMENTI E PROCEDURE**

### **Assessment**

- Individuazione dei soggetti a rischio attraverso la raccolta anamnestica completa dei rischi, l'esame obiettivo e la compilazione di schede di valutazione (Vedi allegati di alcuni modelli proposti)
- Individuazione dei rischi ambientali predisponenti, mediante analisi dei dati raccolti (con scheda cadute)

### **Strumenti specifici**

- Scale di valutazione

- Schede rilevazione cadute (Vedi *Allegato n. 2* – proposte di schede in cui si identificano i contenuti minimi della scheda)
- Audit (definizione degli argomenti da discutere in equipe)

**Piano assistenziale individuale (PAI)**

- Pianificazione interventi mirati per i soggetti a rischio,
- In équipe multidisciplinare.

**1. VALUTAZIONE DEL RISCHIO**

Lo screening del rischio consente l'identificazione delle persone a rischio di caduta, gli strumenti adottati devono però essere adeguati al contesto e alla popolazione (*VEDI TABELLA I*)

La valutazione del rischio di caduta deve identificare due ordini di aspetti:

- A) i soggetti a rischio
- B) i rischi della persona

**Tabella n. 1:** Classificazione delle tipologie dei pazienti a rischio

<b>A rischio cronico per deambulazione insicura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (Artrosi, emiplegia, Parkinson, s. cerebellare, s. vestibolare,</li> <li>▪ S. immobilità prolungata)</li> <li>▪ Monitoraggio variabile per il grado di deterioramento cognitivo (assistenza solo nel movimento o continua)</li> </ul>
<b>A rischio acuto prevedibile e prevenibile</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (Cadute dal letto, delirium, febbre, ipotensione ortostatica, diuretici, antiipertensivi, triciclici, antipsicotici, ipoglicemizzanti)</li> <li>▪ Monitoraggio immediato, intensivo, fino a risoluzione dell'evento acuto)</li> </ul>
<b>A rischio non prevedibile</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (Ipotensione ortostatica disautonomica, sincope, stenosi aortica, aritmie, ictus e TIA)</li> <li>▪ Interventi di prevenzione generale (antiaggregante, pace-maker)</li> </ul>

I fattori di rischio per caduta sono suddivisibili in intrinseci (legati alle caratteristiche della persona) ed estrinseci (legati a fattori esterni).

**Fattori di rischio intrinseci**

- ❑ precedenti cadute;
- ❑ deficit dell'udito e della vista;
- ❑ deambulazione instabile;
- ❑ problemi muscolo-scheletrici (atrofia muscolare, calcificazioni tendinee, osteoporosi eccetera);
- ❑ deficit cognitivi;
- ❑ stato confusionale, disorientamento, deficit della memoria, delirium;
- ❑ precedenti ictus;
- ❑ patologie acute (in particolare con sintomi quali ipotensione ortostatica e febbre);

- patologie croniche (quali artrite, cataratta, demenza, diabete).

#### **Fattori di rischio estrinseci**

- caratteristiche dell'ambiente (struttura fisica del bagno, caratteristiche del mobilio, cattive condizioni del pavimento, scarsa illuminazione);
- calzature;
- ricorso ad ausili per la contenzione;
- cattivo utilizzo di ausili per la deambulazione;
- uso di tranquillanti ed effetti collaterali da farmaci.

Nelle RSA si possono utilizzare diversi strumenti di valutazione e dovrebbero essere adottate misure preventive in quanto tutti gli ospiti sono ad alto rischio.

Fra gli strumenti di screening vengono indicati la Morse Fall Scale<sup>7</sup>, la Scala di Tinetti<sup>8</sup>, e la Scala di Conley<sup>68</sup>. Nessuno però è così specifico da identificare i pazienti effettivamente a rischio. (vedi **Allegati n. 3, 4, 5**)

## **2. DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE DELLE CADUTE**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce una caduta come: “un improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, o assisa, o clinostatica”<sup>9</sup>.

La testimonianza delle cadute si basa sul ricordo dell'interessato e/o la descrizione dei testimoni. Questa definizione include i pazienti che dormendo sulla sedia cadono per terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto.

Le cadute possono essere classificate come:

- **cadute accidentali:** quando la persona cade involontariamente (per esempio scivolando sul pavimento bagnato);
- **fisiologiche imprevedibili:** quando sono determinate da condizioni fisiche non prevedibili fino al momento della caduta (per esempio a causa di una frattura patologica del femore)
- **fisiologiche prevedibili:** quando avvengono nei soggetti esposti a fattori di rischio identificabili.

Si stima ad esempio che circa il 14% delle cadute in ospedale sia classificabile come accidentale, l'8% come fisiologico imprevedibile, mentre il restante 78% rientrerebbe fra le cadute fisiologiche prevedibili.<sup>10</sup>

<sup>7</sup> Morse JM, Morse R, Tylko S. Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Canadian Journal on Aging* 1989; 8:366-77.

<sup>8</sup> Tinetti M: "Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients." *Journal of the American Geriatrics Society* 34:119-126, 1986

<sup>9</sup> OMS (1977). International classification of diseases 1975 (IX Conference Revision). Geneva

<sup>10</sup> Morse JM. Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls. *American Journal of Infection Control* 2002;30: 376-80.

### **3. L'OSPITE: LE CAUSE**

La caduta di un anziano ospite, come di quello che vive nella collettività, per lo più dipende da un effetto risultante da molteplici fattori. Le alterazioni predisponenti sono le stesse di quelle menzionate per gli anziani che vivono nella collettività. La prevalenza delle compromissioni è superiore tra gli ospiti residenziali che tra quelli che vivono al di fuori, il che può in parte spiegare la maggiore frequenza delle cadute. Simili alle ricerche sulla collettività, gli studi sugli ospiti delle RSA hanno evidenziato un aumento del rischio di caduta con un incremento nel numero di alterazioni e malattie di cui essi soffrono.<sup>11</sup>

Secondo gli studi in questo ambito, c'è una maggiore incidenza di cadute provocate da disturbi della deambulazione, dell'equilibrio o della forza (25%), dovuti a capogiri (25%) e a confusione (10%). Solo il 16% delle cadute è attribuito principalmente ad un fattore ambientale. I disturbi della vista (4%), l'ipotensione posturale (2%) e i drop attack (0,3%) rappresentano altre cause con una minore frequenza. Si riteneva che altre motivazioni quali una malattia acuta, farmaci e dolore fossero responsabili del 12% delle cadute tra gli ospiti delle RSA.

Ciò impone di trattare cause mediche (neurologiche, cardiologiche e/o osteoarticolari) responsabili di disturbi dell'equilibrio e della marcia e/o sincopi.<sup>12</sup>

Come appaiono diversi gli aspetti correlabili alle cadute in ambiente ospedaliero che sono rappresentati da: confusione come ad esempio in casi di demenza (dove il paziente non riconosce i propri limiti e capacità), incontinenza urinaria, storie di precedenti cadute e uso di più farmaci (sedativi e ipnotici) e mancanza di sorveglianza per assenza di personale. Il controllo di questi fattori di rischio può predire il rischio di caduta con una sensibilità e specificità superiore al 70%<sup>13</sup>

### **4. VALUTAZIONE DEI FATTORI PREDISPONENTI DI RISCHIO**

Una valutazione clinica completa volta alla identificazione di tutti i fattori di rischio implicati è il fondamento della osservazione condotta tra gli ospiti delle RSA. Le Linee guida inglesi NICE raccomandano che a tutti gli anziani che entrano in struttura sia chiesto di dare informazioni riguardo al numero di cadute verificatesi nel corso dell'ultimo anno. Nonostante non esistano trials clinici che dimostrino un beneficio derivante da questo tipo di approccio, alcune evidenze supportano questa pratica: le cadute sono frequentemente misconosciute. Gli anziani che cadono sono a rischio per nuove cadute e molte cadute sono prevenibili. Se si tratta di persone anziane che vivono nella collettività, il rischio di cadute aumenta con il numero delle patologie, stando ciò ad indicare nuovamente che migliorando o eliminando quanti più fattori possibili si può ridurre il rischio. E' essenziale valutare scrupolosamente tali fattori illustrati nella Tabella 2 dal momento che il numero e la gravità di alterazioni e malattie è più alto tra gli ospiti delle strutture residenziali che tra coloro che vivono nella collettività, e le manifestazioni non specifiche e indefinite, in particolare all'interno del gran numero costituito dal primo gruppo affetto da compromissioni cognitive, rendono la storia clinica meno attendibile.

<sup>11</sup> LZ Rubenstein, Josephson KR, Robbins AS. Falls in the nursing home. Ann Intern Med/ 1994;121:442-451.

<sup>12</sup> LZ Rubenstein et al. The epidemiology of falls and syncope. In: Kenny RA, O'SHEA d, EDS. Clinics in Geriatric Medicine. Philadelphia: WB Saunders Co. 2002:18:141

<sup>13</sup> D. Oliver et al. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. Age and Ageing 2004;33:122-30

**Tabella n. 2:** Fattori di rischio per caduta nel paziente anziano<sup>14</sup>

<b>Fattori di rischio</b>	<b>RR</b>	<b>IC (95%)</b>	<b>Sign/totale</b>
Debolezza muscolare	4.4	1.5-10.3	10/11
Storia di cadute	3.0	1.7-7.0	12/13
Disturbi nell'andatura	2.9	1.3-5.6	10/12
Deficit posturali	2.9	1.6-5.4	8/11
Impiego di ausili	2.6	1.2-4.6	8/8
Disturbi visivi	2.5	1.6-3.5	6/12
Artriti	2.4	1.9-2.9	3/7
Disabilità nelle ADL	2.3	1.5-3.1	8/9
Depressione	1.8	1.0-2.3	4/11
Età > 80 anni	1.7	1.1-2.5	5/8

## 5. L'OSPITE IN CENTRO DIURNO

Il primo passo per sviluppare e mettere in atto una valutazione delle cadute ed un programma di prevenzione per anziani ricoverati in strutture residenziali è  **fissare obiettivi appropriati per ogni ospite**. Gli ospiti non hanno solo una maggiore probabilità rispetto ai loro omologhi che vivono nella collettività di essere debilitati, ma hanno anche maggiori possibilità di alternative facilmente disponibili. E' importante valutare attentamente la  **scelta tra la sicurezza e l'autosufficienza funzionale e la mobilità in persone anziane residenti** in tali strutture, dal momento che un incremento della attività fisica (qualora non eseguita sotto controllo del Fisioterapista o del personale addetto all'assistenza) può aumentare il rischio di lesioni. Sebbene gli elementi di una valutazione sulle cadute siano gli stessi negli anziani nella case di cura e nella collettività, il contributo relativo dei fattori di rischio cronici o situazionali può variare. L'incidenza delle cadute nelle residenze per anziani ed in ospedale, nelle persone sopra i 65 anni, è di quasi tre volte superiore (1,5 cadute ogni letto/ anno).<sup>15</sup>

## 6. INTERVENTI

Con la pianificazione dell'assistenza si possono ridurre le cadute in ospedale e nelle case di riposo.<sup>16</sup> Alcuni studi randomizzati dimostrano che interventi multifattoriali e mirati possono ridurre e ritardare le cadute nelle strutture di lungodegenza, di riabilitazione subacuta e ospedaliere. Anche per gli ospiti delle RSA interventi multifattoriali sono positivi, ma non tutti gli studi sono concordi. Se si prendono in considerazione anche le Linee Guida Canadesi si evidenzia come gli interventi per la riduzione assoluta del rischio siano non sempre concordi e quindi non diano certezze. Gli ospiti di residenze assistenziali sottoposti a interventi multifattoriali, inclusa l'applicazione di protettori d'anca, cadono meno e hanno meno fratture di anca,<sup>17</sup> ma non tutti gli studi sono concordi nei risultati.<sup>18</sup>

<sup>14</sup> Rubenstein LZ, Robbins AS, Josephson KR et al. The value of assessing falls in an elderly population. A randomized clinical trial. *Annals of Internal Medicine*, 1990; 113:308-16.

<sup>15</sup> R.A. Kenny Der AB. Syncope. In: Tallis RC, Brockluhurst JC, eds. *Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. London: Churchill Livingstone Inc. 2002. 17 K.L.P.Yap: Nursing home falls "Ann:Acad.Med.Singapore 2003;32:795- 800

<sup>16</sup> Healey F, Monro A, Cockram A et al. Using targeted risk factor reduction to prevent falls in older in-patients: A randomised controlled trial. *Age and Ageing* 2004;33:390-5.

<sup>17</sup> Jensen J, Lundin-Olsson L, Nyberg L et al. Fall and injury prevention in older people living in residential care facilities. A cluster randomized trial. *Annals of Internal Medicine* 2002;136: 733-41

Gli interventi multifattoriali comprendono:

- a. esercizio fisico;
- b. revisione delle terapie farmacologiche;
- c. applicazione di protettori d'anca;
- d. modifiche ambientali;
- e. ausili per la deambulazione;
- f. formazione del personale;
- g. intervento e soccorso in caso di caduta
- h. problem solving dopo la caduta.

Nelle strutture per subacuti si è rivelata efficace la valutazione personalizzata multifattoriale<sup>19</sup>, anche senza i protettori d'anca.

Gli interventi multifattoriali dovrebbero essere valutati in gruppi interdisciplinari con infermieri, fisioterapisti, terapisti occupazionali, farmacisti e medici, oltre a personale non sanitario.(vedi linee guida canadesi)

### **Prevenzione cadute.**

#### **Linee guida Canadesi 2005. CTFPHC (Canadian Task Force on Preventive Health Care)**

*Interventi diretti per i residenti in strutture di lungodegenza.*

Le evidenze maggiori sottolineano il bisogno di analisi dei fattori di rischio ambientali ed individuali (fattori estrinseci ed intrinseci) per una riduzione del rischio di caduta e delle complicanze più gravi delle cadute stesse. I residenti dovrebbero essere valutati alla ammissione e in particolare se vi sia stata in precedenza una caduta. Ma non c'è un sistema condiviso di monitoraggio del rischio. La raccomandazione di programmi strutturati multidisciplinari mirati solamente ai soggetti considerati a maggior rischio non trova ancora certezza nelle evidenze anche se appare evidente che in ogni caso possono dare benefici. Mentre una valutazione complessiva andrebbe eseguita dopo una caduta per ridurre il rischio di future ospedalizzazioni poiché questa valutazione può evidenziare recenti cambiamenti nello stato di salute o deficit di funzione che richiedono un trattamento.

C'è insufficiente evidenza sull'effetto del solo esercizio fisico e o anche in associazione ad altri limitati interventi sulla prevenzione delle cadute. Infatti programmi che incoraggiano la motilità possono incrementare il rischio di caduta.

Il rischio di caduta a un anno varia dal 12% nei lungodegenti che non hanno ipostenia arti inferiori, instabilità e maggior numero di prescrizioni farmacologiche al 100 % in chi ha tutti e tre questi fattori di rischio.<sup>20</sup>

#### **a) Esercizio fisico**

L'esercizio fisico per migliorare la forza e la resistenza fisica, l'addestramento a una corretta andatura e un programma di passeggiate riduce il rischio di cadute. E' risultato uno degli interventi più documentati in letteratura per quanto riguarda l'efficacia (15 – 50 %). Occorre

<sup>18</sup> Becker C, Kron M, Lindemann U et al. Effectiveness of a multifaceted intervention on falls in nursing home residents. Journal of the American Geriatric Society 2003; 51:306-13.

<sup>19</sup> Haines TP, Bennell KL, Osborne RH et al. Effectiveness of a targeted falls prevention program in a subacute hospital setting: A randomised controlled trial. British Medical Journal 2004;328:676.

<sup>20</sup> Linee guida Canadesi 2005. CTFPHC (M. A. Norris e al and the Canadian Task Force on Preventive Health Care)

però sempre associare altri interventi, poiché da solo l'esercizio fisico non riduce il tasso di cadute aumentando la possibile autonomia individuale.<sup>21</sup>

Il ruolo specifico della fisioterapia nella prevenzione delle cadute tra gli ospiti delle residenze non è ancora ben chiaro; se da una parte alcuni studi non ne hanno dimostrato l'efficacia, dall'altra alcuni hanno evidenziato che l'allenamento intenso volto a sviluppare la forza determina un incremento di quest'ultima, dell'equilibrio e della deambulazione anche in residenti anziani molto debilitati. Questi risultati apparentemente contraddittori indicano che la strategia costo-beneficio ottimale consiste nell'identificare e sottoporre a trattamento quegli anziani che con maggiori probabilità trarranno beneficio da un intervento multifattoriale di prevenzione delle cadute. Per ultimo, una valutazione fisioterapica serve a prescrivere e garantire il corretto uso di strumenti di assistenza, tra cui i deambulatori, i bastoni, le grucce e le scarpe modificate.

## **b) Terapia farmacologica**

Anche se i ricercatori non hanno riscontrato un nesso causale tra i farmaci e le cadute degli ospiti delle RSA, la stretta associazione tra i medicinali e le cadute, ed il contributo della polifarmacologia agli altri effetti collaterali giustifica il fatto che si facciano spesso revisioni e adattamenti dei farmaci. L'obiettivo deve essere quello di ridurre il numero ed il dosaggio totale di medicinali assunti dagli anziani della struttura residenziale.

Quindi la rivalutazione della terapia assunta dal soggetto e la riduzione del numero di farmaci può avere un effetto positivo sulla riduzione delle cadute nell'anziano.<sup>22, 23</sup>

In una revisione sistematica, che comprende 40 articoli fra i quali alcune metanalisi ma non singoli studi randomizzati è emersa una correlazione tra cadute e farmaci psicotropi e benzodiazepine.<sup>24, 25</sup>

Uno studio di coorte retrospettivo su 2.428 ospiti di strutture sanitarie ha trovato che nei soggetti in terapia antidepressiva c'è un tasso doppio di cadute e una relazione dose-risposta.<sup>26</sup>

Il GIFA (Gruppo italiano farmaco-vigilanza anziani) riconosce un'associazione rilevante delle cadute in ospedale con l'uso di benzodiazepine (di seguito BDZ) ad azione breve e molto breve.<sup>27</sup> Uno studio retrospettivo di coorte in RSA ha dimostrato che negli anziani fragili residenti in casa di riposo il rischio di caduta è maggiore in quelli che fanno uso di BDZ long-acting rispetto a quelli che utilizzano BDZ ad azione intermedia e short-acting,<sup>28</sup> lo studio ha dimostrato che comunque l'uso di BDZ short-acting si associa a rischio doppio di cadute soprattutto di notte. In base alla validità delle RSA debbano essere volti a diminuire l'impiego di farmaci psicoattivi, a fare in modo che il personale addetto agli esercizi esegua spostamenti non rischiosi e a riparare le attrezzature non funzionanti come le sedie a rotelle (*Tabella 3*).

<sup>21</sup> P. Kannus e al : Prevention of falls and consequent injuries in elderly people. Lancet 2005; 366: 1855.

<sup>22</sup> Cooper JW. Falls and fractures in nursing home residents receiving psychotropic drugs. International Journal of Geriatric Psychology 1994;9:975-80

<sup>23</sup> Cooper JW. Consultant pharmacist fall risk assessment and reduction within the nursing facility. Consulting Pharmacist 1997;12:1294-304

<sup>24</sup> Leipzig MR, Cumming GR, Tinetti EM. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis I. Psychotropic drugs. Journal of American Geriatric Society 1999;47:30-9.

<sup>25</sup> Leipzig MR, Cumming GR, Tinetti EM. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis II. Cardiac and analgesic drugs. Journal of American Geriatric Society, 1999;47:40-50.

<sup>26</sup> Thapa PB, Gideon P, Cost TW et al. Antidepressants and the risk of falls among nursing home residents. New England Journal of Medicine 1998;339:875-82.

<sup>27</sup> Passaro A. et al. Benzodiazepines with different half life and falling in a hospitalised population: The GIFA Study. J. Clin Epiderm 2000;53:1222-9

<sup>28</sup> Ray WA, Thapa PB, Gideon P. Benzodiazepines and the Risk of Falls in Nursing Home Residents. J Am Geriatr Soc 2000; 48: 682-5

Non è però sufficiente rivedere le prescrizioni farmacologiche all'ingresso. E' importante per esempio rivalutare l'uso delle benzodiazepine durante tutto il ricovero e non solo all'ingresso. Quando il numero di farmaci prescritti è di 5 o più il rischio di caduta aumenta, come emerge da uno studio su 227 ospiti di strutture sanitarie residenziali di età superiore ai 65 anni.<sup>37</sup>

E' necessario perciò rivalutare i regimi farmacologici, riducendo il numero di farmaci e limitando l'uso di psicotropi; eseguire una valutazione oculistica e correggere i difetti di vista reversibili; trattare l'ipotensione ortostatica modificando il trattamento con farmaci antipertensivi e/o suggerendo una modifica nelle abitudini di vita.

**Tabella n. 3**<sup>29</sup> Farmaci e rischio di cadute

<b>Classe di farmaci</b>	<b>Numero di studi</b>	<b>OR riuniti</b>	<b>95% IC</b>
Psicotropi	20	1,73	1,52 -1,97
Neurolettici	23	1,5	1,25 -1,79
Sedativi/ipnotici	23	1,54	1,40 - 1,70
Qualsiasi antidepressivo	28	1,66	1,4 -1,95
Antidepressivi triciclici	13	1,51	1,14 -2,00
Benzodiazepine	14	1,48	1,23 -1,77
Diuretici	27	1,08	1,02 -1,16
Digossina	18	1,22	1,05 - 1,42
Antiarritmici di classe IA	11	1,59	1,02 - 2,48
Tre o più farmaci	11	__b	__b __b
Quattro o più farmaci	9	__b	__b __b

b: Odds ratio riuniti e intervallo di confidenza al 95% non calcolato per l'eterogeneità della definizione del farmaco, comunque o significativamente aumentato di chi cade ripetutamente.

### **c) Protettori d'anca**

L'applicazione di protettori d'anca può prevenire le fratture da caduta, tuttavia non ci sono prove che ne sostengano l'utilizzo di routine fra gli anziani istituzionalizzati. Una revisione sistematica di studi randomizzati ha rivelato che i protettori d'anca sono inefficaci se applicati indistintamente a tutti gli anziani istituzionalizzati, mentre sono utili negli anziani ad alto rischio di caduta.<sup>30</sup>

Il vero problema per l'utilizzo dei protettori d'anca è risultata la cattiva tollerabilità da parte degli anziani, poichè tali ausili sono ingombranti e devono essere applicati con biancheria intima pesante.<sup>31</sup>

### **d) Ambiente**

La valutazione ambientale e dei vari fattori ambientali che intervengono al momento della caduta, volta all'eliminazione di potenziali pericoli e alla modificazione delle caratteristiche del luogo per migliorare la mobilità e la sicurezza, deve diventare una pratica corrente delle RSA.

<sup>29</sup> Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in order people. A systematic review and meta-analysis. I. Psychotropic drugs. J Am Geriatric Soc 1999; 47:30-39

<sup>30</sup> Parker MJ, Gillespie LD, Gillespie WJ. Hip protectors for preventing fractures in the elderly (Cochrane Review). The Cochrane Library. John Wiley&Sons, Ltd. Oxford, 2001.

<sup>31</sup> Man Quang Vu e al.: Falls in the Nursing Home: Are They Preventable? - J. Ame Med dir Assoc 2005; 6: S 82-87



Fra le più comuni cause ambientali di caduta vi sono la mancanza di corrimano sulle scale o nei corridoi, pavimenti sdruciolevoli, mobilio instabile, scarsa illuminazione.

La valutazione del rischio ambientale nelle aree comuni e nelle stanze dei pazienti è efficace nella prevenzione delle cadute.<sup>32, 33</sup> In uno studio randomizzato non in cieco su 9 strutture sanitarie residenziali svedesi, raccomandano modifiche ambientali quali:

- spostare mobili che possono provocare cadute (per esempio eliminando i mobili che inducono rischio di inciampo come poggiatesta o fissando quelli che possono spostarsi come letti e carrozzine)
- asciugare le zone di pavimento bagnate
- disporre corrimano alle pareti
- migliorare l'illuminazione.

Questi interventi sono raccomandati anche dall'American Medical Directors Association (AMDA)<sup>34</sup> e dal Queensland Health.<sup>35</sup>

In uno studio randomizzato in 6 residenze sanitarie assistenziali in Germania, le modifiche ambientali apportate ad altezza delle sedie e del letto, la riduzione del disordine nella stanza (che aumenta il rischio di inciampo), il ricorso ad ausili per la deambulazione, l'installazione di corrimano alle pareti e il miglioramento dell'illuminazione (in particolare nelle zone vicine al letto e ai servizi igienici) sono state efficaci nella riduzione del numero di pazienti caduti e con cadute ripetute.<sup>36</sup>

Altri interventi potenzialmente efficaci sono l'uso di WC più alti, l'uso di calzature adatte e calzate bene, la riduzione dell'altezza dei letti,<sup>37</sup> la disponibilità e l'accessibilità di un sistema di chiamata,<sup>38</sup> l'impiego di tecnologie quali i sistemi di allarme che si attivano quando il paziente ad alto rischio tenta di alzarsi dal letto o di muoversi senza essere aiutato (questi interventi logicamente necessitano di una valutazione economica costo/efficacia).

## **e) Ausili per la deambulazione**

La valutazione dell'equilibrio e della deambulazione ha la stessa importanza per gli anziani delle case di riposo e della collettività. Sono state messe a punto delle valutazioni affidabili e convalidate specificamente per essere applicate ai pazienti debilitati delle RSA e degli ospedali. (per esempi vedi allegati n. 3-4). Nessuno però è così specifico da identificare i pazienti effettivamente a rischio.

Le calzature vanno esaminate con cura, le scarpe che non calzano bene o che hanno le soles o tacchi consumati o non vengono allacciate rappresentano un rischio per gli anziani delle RSA. Le pantofole tipo sabot con soles sia che scivolano troppo sia che facciano attrito sul suolo o che diano un sostegno limitato al piede ed alla caviglia sono pericolose, così come indossare calze senza scarpe.

<sup>32</sup> Dyer CA, Taylor GJ, Reed M et al. Falls prevention in residential care homes: a randomised controlled trial. *Age and Ageing* 2004;33:596-602.

<sup>33</sup> Kerse N, Butler M, Robinson E et al. Fall prevention in residential care: a cluster, randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatric Society* 2004; 52: 524-31.

<sup>34</sup> American Medical Directors Association (AMDA). Falls and fall risk: clinical practice guideline. 1998. <http://www.amda.com>.

<sup>35</sup> Queensland Health. Falls prevention: Best practice guideline, 2003. [http://www.health.qld.gov.au/fallsprevention/best\\_practice/default.asp](http://www.health.qld.gov.au/fallsprevention/best_practice/default.asp).

<sup>36</sup> Becker C, Kron M, Lindemann U et al. Effectiveness of a multifaceted intervention on falls in nursing home residents. *Journal of the American Geriatric Society* 2003; 51:306-13.

<sup>37</sup> Ray WA, Taylor JA, Meador KG, Thapa PB, Brown AK, Kajihara HK, et al. A randomized trial of consultation service to reduce falls in nursing homes. *Journal of the American Medical Association* 1997;278:557-62.

<sup>38</sup> Vassallo M, Vignaraja R, Sharma JC et al. The effect of changing practice on fall prevention in a rehabilitative hospital: The Hospital Injury Prevention Study. *Journal of the American Geriatric Society* 2004;52:335-9.

Importante la dotazione di bastone, tripodi o deambulatori in caso di deambulazione insicura.

## **f) Formazione del personale**

La formazione del personale è efficace nella riduzione delle cadute, specie gli interventi formativi di tipo seminariale di durata da 1<sup>39; 40</sup> a 4 ore<sup>41</sup>, sul rischio, misure di prevenzione, informazioni sulle strategie di prevenzione<sup>42</sup> e indicazioni specifiche rivolte a tutti gli operatori della struttura.

Nei materiali informativi per il personale infermieristico ed assistenziale si dovrebbero affrontare i seguenti argomenti<sup>43</sup>:

- definizione di caduta;
- dati sulle cadute inclusi frequenza, esiti e costi<sup>44, 45</sup>;
- fattori di rischio (intrinseci ed estrinseci) associati alla caduta;
- conseguenze delle cadute;
- impatto sulla qualità di vita, sull'autonomia e dignità, questioni etiche;
- valutazione della caduta compresa documentazione e strumenti per l'accertamento basati sulle prove di efficacia;
- rivalutazione del rischio;
- strategie per la prevenzione.

## **g) Intervento e soccorso in caso di caduta**

### **Soccorso e cure**

Valutazione clinica dell'evento, trasferimento al pronto soccorso ospedaliero in caso di sospette lussazioni, fratture/lussazioni o complicanze vascolari per accertamenti radiografici, terapia.

Si deve agire secondo le norme comportamentali consolidate in RSA e nella massima sicurezza del paziente adottando le tecniche e le attrezzature più idonee al caso, al fine di evitare eventuali aggravamenti o peggioramenti.

### **Registrazione della caduta con lesione traumatica**

L'infermiere registra la caduta nell'apposita scheda in dotazione e nel diario personale in cartella clinica che costituisce la fonte documentativa ai fini giuridici.

La compilazione della "scheda caduta" deve avvenire in modo completo ed esauriente, così come la compilazione del diario/clinico deve essere fatta con accuratezza, veridicità, completezza, correttezza grafica e contenutistica, nonché con fedeltà temporale di relazione all'evento e con descrizione delle modalità della caduta (descrizione biomeccanica dell'evento

<sup>39</sup> Becker C, Kron M, Lindemann U et al. Effectiveness of a multifaceted intervention on falls in nursing home residents. *Journal of the American Geriatric Society* 2003; 51:306-13.

<sup>40</sup> Kerse N, Butler M, Robinson E et al. Fall prevention in residential care: a cluster, randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatric Society* 2004; 52: 524-31.

<sup>41</sup> Jensen J, Lundin-Olsson L, Nyberg L et al. Fall and injury prevention in older people living in residential care facilities. A cluster randomized trial. *Annals of Internal Medicine* 2002;136: 733-41.

<sup>42</sup> Becker C, Kron M, Lindemann U et al. Effectiveness of a multifaceted intervention on falls in nursing home residents. *Journal of the American Geriatric Society* 2003; 51:306-13.

<sup>43</sup> Queensland Health. Falls prevention: Best practice guideline, 2003. [http://www.health.qld.gov.au/fallsprevention/best\\_practice/default.asp](http://www.health.qld.gov.au/fallsprevention/best_practice/default.asp).

<sup>44</sup> Canadian Institute for Health Information. Falls leading cause of injuries admission to Canada's acute care hospitals. CIHI report, 2000. [http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=media\\_27feb2002\\_e](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=media_27feb2002_e).

<sup>45</sup> National Centre for Injury Prevention and Control. Injuries topics and fact sheets. National Centre for Injury Prevention and Control 2004. <http://www.cdc.gov/ncipc/cmprfact.htm>.

traumatico). Una omissione di atti di ufficio (art. 328 C.P.) o falsità ideologica in atto pubblico (art. 479 C.P.).<sup>46</sup>

Si informa il medico al fine che anch'egli effettui l'esame obiettivo e le relative registrazioni in diario medico, con i criteri e le modalità suddette.

### **Referto**

il medico della RSA in caso di lesione traumatica sospetta o accertata con prognosi superiore ai 20 giorni compila il referto tempestivamente, per esempio, entro ventiquattro ore dall'evento traumatico (solitamente a carico del medico del pronto soccorso ospedaliero)

### **Registrazione delle cadute**

E' importante a registrare ogni evento in modo dettagliato, ciò ai fini epidemiologici e statistici, dando la possibilità di aggregare i dati raccolti ed utilizzarli ai fini preventivi.

### **Informazione ai famigliari o agli aventi diritto**

E' opportuno avvisare i famigliari in caso di lesioni traumatiche da cadute; mentre è obbligatorio informare gli aventi diritto (es. il tutore legale per coloro sono dichiarati giuridicamente interdetti).<sup>47</sup>

## 7. EDUCAZIONE SANITARIA

Gli interventi educativi rivolti all'anziano riducono la paura di cadere.<sup>48</sup> Gli incontri individuali favoriscono l'interazione con la persona e la valutazione da parte dell'infermiere, mentre gli incontri di gruppo oltre a essere meno onerosi in termini di tempo favoriscono la comunicazione fra i pazienti. L'operatore sanitario deve riconoscere precocemente eventuali segni di demenza come perdita della memoria a breve termine, difficoltà di apprendere e ricordare nuove informazioni, difficoltà di linguaggio, variazioni dell'umore e della personalità, progressivo declino nelle capacità di portare a termine le normali attività di vita quotidiana, fluttuazione nella coscienza e nell'orientamento<sup>49</sup>. Nei colloqui dovrebbero essere affrontati i seguenti argomenti<sup>50; 51</sup>:

- educazione dell'anziano e di chi lo assiste sui rischi di caduta, sulla sicurezza e sulla limitazione delle attività;
- orientamento nella zona letto, nei servizi del reparto e su come utilizzare il campanello per chiedere assistenza;
- insegnamento della corretta postura e della lentezza nel passare da una posizione all'altra;
- adozione di programmi educativi per i nuovi pazienti e per quelli ad alto rischio;
- informazioni sulle conseguenze di una caduta;
- interventi in caso di incapacità a rialzarsi;
- primo soccorso;

<sup>46</sup> Rodriguez D, Aprile A. Medicina legale per infermieri

<sup>47</sup> Linee operative di consenso informato in RSA, ed. Franco Angeli/Sanità

<sup>48</sup> Brouwer BJ, Walker C, Rydahl SJ et al. Reducing fear of falling in seniors through education and activity programs: a randomized trial. Journal of American Geriatric Society, 2003;51;829-34.

<sup>49</sup> Brouwer BJ, Walker C, Rydahl SJ et al. Reducing fear of falling in seniors through education and activity programs: a randomized trial. Journal of American Geriatric Society, 2003;51;829-34.

<sup>50</sup> Queensland Health. Falls prevention: Best practice guideline, 2003. [http://www.health.qld.gov.au/fallsprevention/best\\_practice/default.asp](http://www.health.qld.gov.au/fallsprevention/best_practice/default.asp).

<sup>51</sup> National Ageing Research Institute. An analysis of research on preventing falls and injury in older people: Community residential aged care and acute care settings. Australia Commonwealth Department of Health and Aged Care Injury Prevention Section 2000. <http://www.mednwn.unimelb.edu.ca>.

- discussione degli obiettivi del trattamento;
- aspetti psicologici;
- importanza di mantenersi attivi e in movimento;
- esercizi per mantenere e migliorare la robustezza ossea;
- integrazione della dieta con calcio e vitamina D;
- prevenzione dell'osteoporosi.

## **8. APPORTO DI CALCIO E VITAMINA D**

E' stata dimostrata una relazione inversa tra densità ossea e aumento del rischio di frattura e frattura del collo del femore negli anziani.<sup>52</sup> A causa della scarsa esposizione al sole e per le modificazioni della cute correlate all'età, gli anziani possono essere a rischio per carenza di vitamina D. Integrare la dieta con vitamina D può ridurre il rischio del 22%.<sup>53, 54</sup>

## **9. CONTENZIONE**

### **Riduzione della contenzione**

L'utilizzo di spondine non è consigliato nella prevenzione delle cadute.

Uno studio retrospettivo di coorte ha esaminato la relazione fra l'utilizzo di spondine a entrambi i lati del letto e le cadute dal letto negli ospiti di residenze sanitarie assistenziali senza osservare differenze nel rischio di cadute ripetute nei pazienti orientati o disorientati.<sup>55</sup> Gli autori ammettono tuttavia che le caratteristiche cliniche del soggetto possono condizionare la scelta dell'uso delle spondine.<sup>56</sup>

Il ricorso alla contenzione aumenta il rischio di caduta. Limitare la libertà di movimento comporta un indebolimento muscolare e riduce la funzionalità fisica, entrambi fattori di rischio.<sup>57</sup>

In una revisione sistematica sulle lesioni dei pazienti e sui presidi per la contenzione<sup>58</sup>, viene sottolineato il pericolo potenziale dell'uso della contenzione fisica in ospedale: studi osservazionali suggeriscono che la contenzione fisica può aumentare la mortalità, il rischio di caduta, di lesioni gravi e di prolungamento dell'ospedalizzazione.<sup>59</sup>

La contenzione può contribuire a lesioni o morte per caduta.<sup>57</sup> Da uno studio quasi sperimentale condotto in istituzioni in cui sono stati adottati programmi di limitazione della contenzione su 295 ospiti è emerso un aumento del numero di cadute, ma una diminuzione delle lesioni da caduta.

La legislazione e le norme deontologiche regolano il ricorso alla contenzione:

<sup>52</sup> Cummings SR, Nevitt MC, Browner WS et al. Risk factors for hip fracture in the white women. Study of osteoporotic fractures research group. New England Journal of Medicine 1995;332:767-73.

<sup>53</sup> American Medical Directors Association (AMDA). Falls and fall risk: clinical practice guideline. 1998. <http://www.amda.com>.

<sup>54</sup> Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Willett WC et al. Effect of Vitamin D on falls: a meta-analysis. Journal of the American Medical Association 2004; 291:1999-2006.

<sup>55</sup> Rubenstein LZ. Preventing falls in the nursing home. Journal of the American Medical Association 1997; 278:595-6.

<sup>56</sup> Tinetti ME, Liu WL, Ginter SF. Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. Ann Intern Med. 1992; 116(5):369-374

<sup>57</sup> Rubenstein LZ. Preventing falls in the nursing home. Journal of the American Medical Association 1997; 278:595-6.

<sup>58</sup> Evans D, Wood J, Lambert L. Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. Journal of Advanced Nursing 2003;41:274-82.

<sup>59</sup> Neufeld JG, Libow LS, Foley WJ, Dunbar JM. Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents. J Am Geriatr Soc 1999;47(10):1202-7

in Italia le norme giuridiche ammettono il ricorso alla contenzione solo quando esista una finalità terapeutico-assistenziale e in casi straordinari e motivati configurabili nello stato di necessità, ovvero quando il soggetto si trova in condizione di pericolo grave oppure quando il soggetto può mettere in pericolo se stesso o altri. Il codice penale infatti tutela la personalità, l'incolumità e la libertà del singolo, ammettendo la limitazione di tali diritti solo se finalizzata a tutelare il bene supremo della salute. In questo senso la contenzione sarebbe ammessa solo quando è oggettivamente congrua rispetto ai bisogni di salute e in assenza di alternative meno afflittive.<sup>60</sup> Le norme deontologiche della professione infermieristica si pongono in linea con le norme giuridiche e con la dottrina giurisprudenziale. Viene infatti affermato che la contenzione è ammessa solo come evento straordinario e motivato, in situazioni in cui si configuri l'interesse dell'assistito. Viene al contrario rifiutato come metodo di accudimento e quale risposta implicita a necessità istituzionali o per carenze organizzative.

## 10. SUPPORTO ORGANIZZATIVO

Nelle linee guida per la prevenzione secondaria delle cadute nell'anziano<sup>61</sup> si raccomanda che le istituzioni sviluppino un sistema per la valutazione e la prevenzione delle cadute con la costituzione di un gruppo interdisciplinare che comprenda personale sanitario (infermieri e coordinatori, terapisti occupazionali, medici) e amministrativo per la gestione del rischio di caduta all'interno della struttura.

La prevenzione deve raccogliere indicazioni multiple e attuare interventi scritti ed orali e deve basarsi su incontri periodici di rivalutazione.

L'adozione di programmi di prevenzione multidisciplinare ha mostrato, in uno studio quasi sperimentale,<sup>62</sup> una riduzione significativa nel numero di cadute e di lesioni.

### **Fra le misure organizzative è importante:**

- la definizione di procedure per la valutazione del rischio;
- l'adozione sistematica della prevenzione multifattoriale con strumenti noti alla comunità e della pianificazione dell'assistenza; orale e scritta

Alcune linee guida basate sul consenso di esperti raccomandano l'adozione di piani di assistenza individualizzati per la prevenzione delle cadute nei pazienti complessi e l'adozione di piani standard per la riduzione del rischio<sup>63 64</sup>.

Sono risultati efficaci nella riduzione delle cadute anche riunioni di *problem solving* dopo la caduta.<sup>65</sup>

La normativa italiana prevede che le cadute vengano segnalate e gli attuali programmi di valutazione del rischio stanno attivando sistemi per documentare:

- la valutazione della potenziale lesione associata alla caduta;
- il trattamento immediato delle conseguenze della caduta;

l'individuazione dei fattori responsabili del luogo, dell'ora e delle attività.

<sup>60</sup> Rodriguez D, Aprile A. Medicina legale per infermieri.

<sup>61</sup> NICE Clinical Guideline 21 Falls: the assessment and prevention of falls in older people [www.nice.org.uk/CG021NICEguideline](http://www.nice.org.uk/CG021NICEguideline). Issue date: November 2004

<sup>62</sup> Vassallo M, Vignaraja R, Sharma JC et al. The effect of changing practice on fall prevention in a rehabilitative hospital: The Hospital Injury Prevention Study. *Journal of the American Geriatric Society* 2004;52:335-9.

<sup>63</sup> American Medical Directors Association (AMDA). Falls and fall risk: clinical practice guideline. 1998. <http://www.amda.com>.

<sup>64</sup> Queensland Health. Falls prevention: Best practice guideline, 2003. [http://www.health.qld.gov.au/fallsprevention/best\\_practice/default.asp](http://www.health.qld.gov.au/fallsprevention/best_practice/default.asp).

<sup>65</sup> Jensen J, Lundin-Olsson L, Nyberg L et al. Fall and injury prevention in older people living in residential care facilities. A cluster randomized trial. *Annals of Internal Medicine* 2002;136: 733-41.

## 11. CONCLUSIONI

Cadere è un evento diffuso tra chi vive nella collettività e nelle RSA. Queste cadute possono provocare una morbidità considerevole, che varia dall'astensione auto-imposta dalle attività ad una lesione grave fino alla morte. Fino a che non siano disponibili i metodi per identificare accuratamente coloro che cadono o che sono a rischio di morbidità grave, si deve presumere che tutti quelli che cadono corrono un rischio. Una piccola percentuale di cadute è originata da un singolo evento intrinseco stravolgente come un ictus, da effetti di un unico processo patologico come il morbo di Parkinson o da pericoli ambientali non controllabili. La maggior parte delle cadute deriva da molteplici fattori che dipendono da varie combinazioni di elementi intrinseci, legati alla attività svolta e all'ambiente. Regolare esercizio fisico di forza ed equilibrio, supplementazione di Vit. D e calcio, riduzione di psicofarmaci, intervento di cataratta sono elementi importanti. Secondo recenti studi, una valutazione ed interventi scrupolosi, indirizzati a fattori di rischio identificati e a programmi di attività fisica ben pianificati, possono ridurre il rischio di caduta. Per lo più, l'obiettivo dei programmi di prevenzione deve essere volto a minimizzare il rischio e le lesioni senza compromettere la funzionalità o la mobilità. Come per i soggetti anziani, tuttavia, gli scopi e le priorità possono differire da persona a persona.<sup>66</sup> Si riporta la sintesi di una Linea guida in cui si sottolinea il ruolo fondamentale di interventi mirati al soggetto, ma che devono nascere da un programma strutturato in ogni ambiente.

---

<sup>66</sup> Cassel CK,,Lipzig RM, Cohen HJ ,Larson EB,Meier DE : Medicina Geriatrica ed CIC edizioni internazionali 2004:972

## DENTIFICAZIONE CASI A RISCHIO NEI SERVIZI GENERALI

Chiedere se vi sono state cadute e la loro frequenza nell'anno precedente. (Raccomandazione C)

Osservare circa deficit del senso di equilibrio e di andatura e valutare il potenziale di rischio di cadute per migliorare l'equilibrio e la mobilità. (Raccomandazione C)

## MANUALE ORGANIZZATIVO NICE GIUGNO 2010

## SERVIZIO PER LE CADUTE

Tutti i professionisti della salute in contatto con pazienti noti per cadute dovrebbero essere aggiornati e mantenere competenze professionali nella studio e prevenzione delle cadute. (Raccomandazione C)

Assistenza primaria

Screening per identificazione casi a rischio

Identificazione opportunistica dei casi a rischio in occasione di cadute o altri problemi

Assistenza di secondo livello

Identificazione opportunistica dei casi a rischio in occasione di cadute o altri problemi

### STUDIO MULTIFATTORIALE DEL RISCHIO DI CADUTE

Proporre uno studio multifattoriale sulle cadute. (Raccomandazione C)

Può includere:

- storia delle cadute
- andatura, equilibrio, mobilità, deficit forma muscolare
- rischi di osteoporosi (\*)
- abilità funzionale percepita
- paura di cadere
- deficit visus
- deficit cognitivo
- esami neurologico
- continenze urinaria
- rischi in ambiente domiciliare
- visita cardio-vascolare
- rivalutazione terapia

(\*) analisi se necessarie

### INTERVENTI MULTIFATTORIALI

Offrire interventi multifattoriale personalizzati agli anziani a rischio comprensivi di (Raccomandazione A)

- Allenamento all'equilibrio e forma muscolare
- Studio fattori di rischio domiciliari e interventi
- Valutazione del visus e indirizzo
- Valutazione della terapia/reimpostazione

A seguito di un trattamento medico dovuto ad una caduta traumatica, le persone anziane dovrebbero essere oggetto di uno studio multidisciplinare per identificare e di un intervento. (Raccomandazione A).

### ADDESTRAMENTO ALL'EQUILIBRIO E FORZA MUSCOLARE

(raccomandazione A)

### INTERVENTI SUI RISCHI DOMESTICI E FOLLOW-UP (racc. A)

### VALUTAZIONE DELLA TERAPIA E RIVALUTAZIONE (racc. B)

### VALUTAZIONE ARITMOLOGICA (racc. B)

### EDUCAZIONE E INFORMAZIONE

Per promuovere la partecipazione di anziani a programmi di prevenzione cadute si dovrebbe: (Raccomandazione D)

- discutere sui cambiamenti che la persona è disposta a fare per prevenire le cadute
- tradurre in più lingue l'informazione
- intervenire su ostacoli quali la bassa auto-efficacia o la paura di cadere

I programmi dovrebbero essere flessibili per adattarsi alle diverse esigenze. (D)

L'informazione orale e scritta sui seguenti argomenti: (D)

- misure di prevenzione delle cadute,
- motivazione
- caratteristiche di prevedibilità di alcune cadute
- benefici fisici e psicologici della modificazione del rischio
- ulteriori avvertimenti e aiuti
- come far fronte ad una caduta

<sup>67</sup> NICE Clinical Guideline 21 Falls: the assessment and prevention of falls in older people www.nice.org.uk/CG021NICEguideline. Issue date: November 2004

## RACCOMANDAZIONI

Dall'analisi della letteratura possono essere estrapolate alcune raccomandazioni. *E' importante che nella valutazione del rischio e nella pianificazione degli interventi siano coinvolti anche i familiari.*

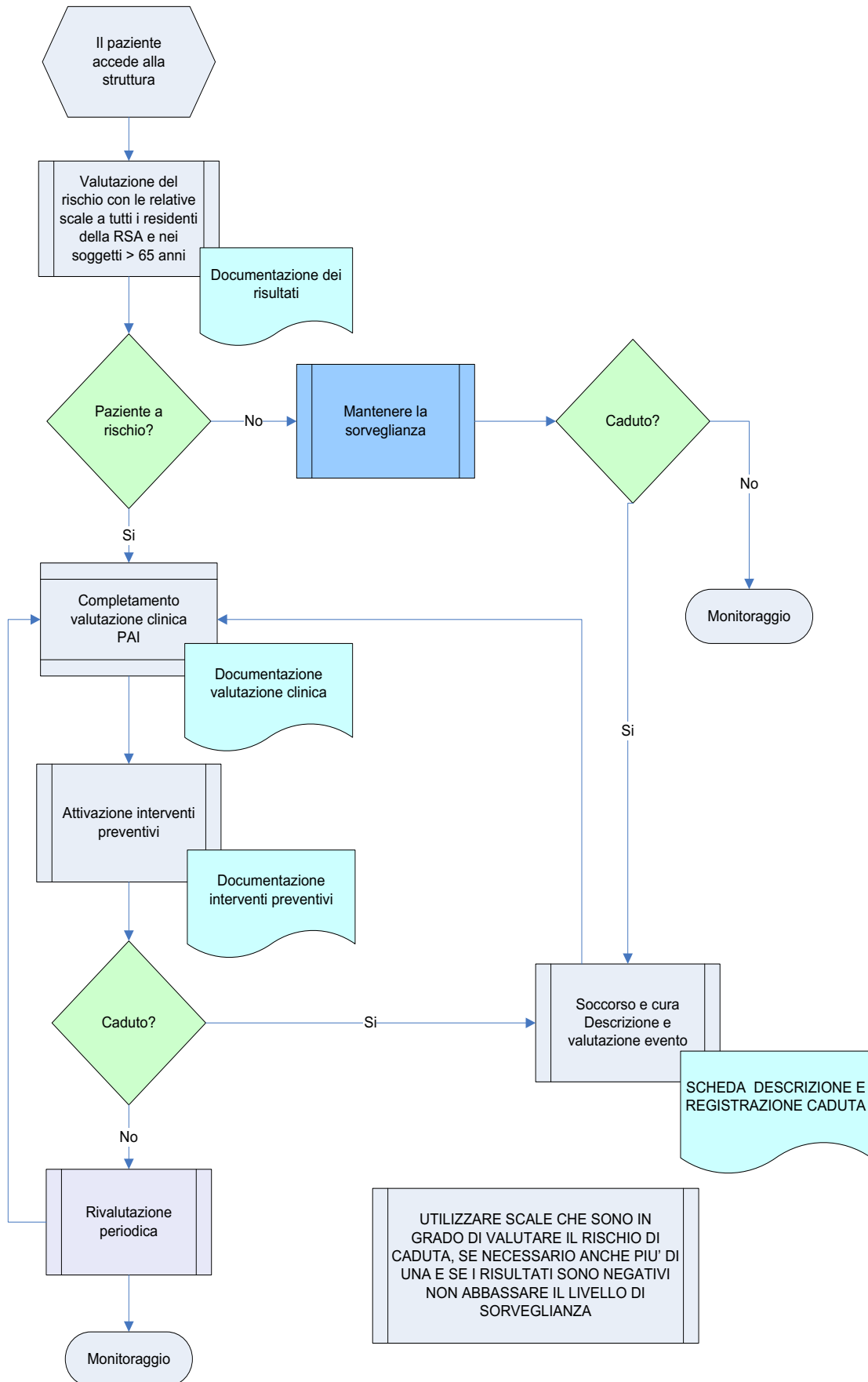
<p>Valutare il rischio di caduta al momento del ricovero</p> <p>Rivalutare il rischio di caduta dopo una caduta</p> <p>Nella prevenzione delle cadute adottare un approccio multifattoriale e interdisciplinare</p> <p>Partecipare, in collaborazione con gli altri membri del gruppo multidisciplinare, a periodiche rivalutazioni delle prescrizioni farmacologiche per prevenire le cadute</p> <p>Chi assume farmaci psicotropi, benzodiazepine, antidepressivi o più di 5 farmaci contemporaneamente è un soggetto a rischio</p> <p>La revisione delle prescrizioni farmacologiche deve essere periodica per tutta la durata della degenza</p> <p>Considerare l'uso di protettori d'anca per ridurre l'incidenza di fratture fra gli utenti ad alto rischio di frattura da caduta; non ci sono prove a sostegno dell'uso di routine</p> <p>Fornire informazioni sui benefici della vitamina D</p>	<p>Ricorrere a esercizi di potenziamento muscolare all'interno di un intervento multifattoriale</p> <p>Attivare interventi educativi sul rischio di caduta nei soggetti ad alto rischio</p> <p>Nell'ambito di strategie multifattoriali, apportare eventuali modifiche ambientali</p> <p>La formazione sulla prevenzione delle cadute e delle lesioni da caduta dovrebbe essere inclusa nei curriculum formativi degli infermieri e nella formazione continua</p> <p>Non si dovrebbero utilizzare spondine per la prevenzione delle cadute nei soggetti ricoverati in strutture sanitarie. La decisione di ricorrere alle spondine può essere influenzata da altri fattori personali.</p> <p>Il ricorso alla contenzione fisica dovrebbe essere limitato a situazioni eccezionali in quanto generalmente aumenta il rischio di caduta e di lesioni e la mortalità</p> <p>L'organizzazione deve promuovere gli interventi per la prevenzione delle cadute</p>
---	--



**MANUALE ORGANIZZATIVO AGGIORNATO AL MARZO 2008**

PROCESSO DECISIONALE

(Allegato n. 1)



**SCHEDA PERSONALE RILEVAZIONE CADUTE**

*( Allegato n. 2a)*

<b>Nr. Scheda</b>		<b>Stanza nr.</b>	
Nome Ospite		<b>Data di Nascita</b>	
Al momento dell'evento l'ospite faceva uso di ausili?			
Se si quali:		Note	
Descrizione dell'evento:			
Luogo/locale dell'accaduto:		Note	
Illuminazione del locale al momento dell'evento:			
Altre note su illuminazione:			
Tipo di calzatura indossata al momento dell'evento:			
Altre note su calzature:			
Caratteristiche pavimento:			
Altre note su pavimento:			
Contenzioni in uso al momento della caduta:			
Altre note su contenzioni:			
Persone che hanno prestato soccorso:			
L'evento è accaduto di notte?			
Se si, si è reso necessario:			
Note su evoluzione intervento sanitario:			
Accertamento del tipo e entità delle lesioni:			
Si è reso necessario il ricovero in Ospedale?			
Se si, annotare la diagnosi del Pronto soccorso:			

Data rilevamento:	
Firma Infermiere	

**SCHEDA RILEVAZIONE CADUTE**

( Allegato n. 2b)

Si prega di compilare il presente modulo in tutte le sue parti)

NOME ..... COGNOME .....  
DATA DI NASCITA .....  
DATA E ORA DELLA CADUTA .....

Ospite  Deambulante  Non deambulante

Uso di ausili  bastone  
 tripode  
 girello  
 carrozzina  
 altro .....

Ospite portatore di  apparecchio acustico  sì  no  
 occhiali  sì  no  in uso al momento della caduta  sì  no  
 altro  sì .....

Quando l'ospite è caduto era  solo  
 in presenza di .....  
(specificare la qualifica se operatore, o la relazione con l'ospite)

Luogo della caduta  bagno  
 camera da letto  
 corridoio  
 giardino  
 palestra  
 refettorio  
 sala pluriuso  
 scale  
 altro .....

illuminazione  abbagliante  
 adeguata  
 scarsa  
 assente

Fattori ambientali predisponenti Presenza di ostacoli  sì  persone  
 no  oggetti

Pavimento  bagnato  
 sconnesso

Altro  scivoloso  
 .....

- Attività svolta durante la caduta
- igiene
- alzata
- rimessa a letto
- pasto
- animazione
- trasporto
- altro

**MANUALE ORGANIZZATIVO AGGIORNATO AL MARZO 2008**

	<input type="checkbox"/> scarpa	<input type="checkbox"/> allacciata
		<input type="checkbox"/> slacciata
Tipo di calzature	<input type="checkbox"/> sandalo	
	<input type="checkbox"/> ciabatta	
	<input type="checkbox"/> assente	
	<input type="checkbox"/> altro .....	
		<input type="checkbox"/> fascia a corpo
Contenzioni in uso	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> cintura
		<input type="checkbox"/> spondine a letto
		<input type="checkbox"/> tavolino
		<input type="checkbox"/> altro
	<input type="checkbox"/> no	
Patologia acuta	<input type="checkbox"/> sì	
	<input type="checkbox"/> no	
Demenza	<input type="checkbox"/> sì	
	<input type="checkbox"/> no	
Sedazione	<input type="checkbox"/> sì	
	<input type="checkbox"/> no	
Cadute precedenti	<input type="checkbox"/> sì	quando .....
	<input type="checkbox"/> no	

**Descrizione della caduta:** .....

Conseguenze riportate: .....

Rilevazione effettuata da: (specificare nome, cognome e qualifica di tutti gli operatori intervenuti)

NOME E COGNOME..... QUALIFICA .....

NOME E COGNOME..... QUALIFICA .....

NOME E COGNOME..... QUALIFICA .....

NOME E COGNOME..... QUALIFICA .....

NOME E COGNOME..... QUALIFICA .....

**SCALA MORSE**

*(Allegato n.3)*

<b>SCALA MORSE</b>	
<b>Il paziente afferma di avere paura di cadere?</b>	<b>Si      No</b>
<b>INDICATORI</b>	<b>Punti</b>
<b>Anamnesi di cadute</b>	
• Se il paziente cade per la prima volta durante il ricovero in corso o è caduto nei tre mesi precedenti all'ammissione	<b>25</b>
• Se il paziente non e' mai caduto	<b>0</b>
<b>Compresenza di diagnosi primaria e secondaria</b>	
• Se il paziente ha più di una diagnosi medica (ad es.: diabete e neoplasia)	<b>15</b>
• Se il paziente ha una sola diagnosi medica	<b>0</b>
<b>Mobilità</b>	
• Se il paziente cammina senza ausili	<b>0</b>
• Se il paziente, assistito da un infermiere, usa la sedia a rotelle	<b>0</b>
• Se il paziente e' immobilizzato a letto	<b>0</b>
• Se il paziente usa le stampelle, il bastone o il deambulatore da solo	<b>15</b>
• Se il paziente cammina senza ausili, aggrappandosi agli arredi	<b>30</b>
<b>Terapia endovenosa</b>	
• Se il paziente deambula con un sistema di terapia endovenosa o infusione continua	<b>20</b>
• Se il paziente NON deambula con un sistema di terapia endovenosa o infusione continua	<b>0</b>
<b>Andatura</b>	
• Se è normale, cioè caratterizzato da passo sicuro	<b>0</b>
• Se è debole, cioè caratteristica del paziente che ha una postura curva, pur mantenendo l'equilibrio	<b>10</b>
• Se è pericolosa, cioè caratteristica del paziente che ha scarso equilibrio, che cerca sicurezza aggrappandosi agli arredi e che non è in grado di camminare in modo autonomo. Il paziente fa passi corti e strascicati	<b>20</b>
<b>Stato mentale</b>	
Chiedere al paziente se è in grado di andare in bagno da solo o se necessita di assistenza.	
• Se il paziente risponde in modo coerente alla richiesta dell'infermiere	<b>0</b>
• Se la risposta del paziente non e' coerente con la richiesta dell'infermiere o l'autovalutazione del paziente non e' realistica	<b>15</b>
<b>TOTALE</b>	
<b>Punteggio oltre il quale il paziente è a rischio: 45</b>	



SCALA DI TINETTI PER L'EQUILIBRIO ED ANDATURA

(Allegato n.4) <sup>8</sup>

**Equilibrio**

<b>Equilibrio da seduto</b>		
Tende a piegarsi o a scivolare.....	.....	<input type="checkbox"/>
Sta seduto bene, sicuro.....	.....	<input type="checkbox"/>
<b>Alzandosi dalla sedia</b>		
Non è capace di alzarsi senza aiuto.....	.....	<input type="checkbox"/>
Si alza, ma deve aiutarsi con le braccia.....	.....	<input type="checkbox"/>
Si alza senza aiutarsi con le braccia.....	.....	<input type="checkbox"/>
<b>Tentativi per alzarsi</b>		
Non è capace senza aiuto.....	.....	<input type="checkbox"/>
E' in grado di alzarsi, ma con più tentativi.....	.....	<input type="checkbox"/>
Si alza al primo tentativo.....	.....	<input type="checkbox"/>
<b>Equilibrio in piedi immediato (primi 5 secondi)</b>		
Instabile (barcolla, sposta i piedi, ondeggia).....	.....	<input type="checkbox"/>
Stabile, ma deve appoggiarsi al bastone o ad altri appigli.....	.....	<input type="checkbox"/>
Stabile senza appoggi.....	.....	<input type="checkbox"/>
<b>Equilibrio in piedi prolungato</b>		
Instabile.....	.....	<input type="checkbox"/>
Stabile, mantenendo i piedi larghi (distanza dai calcagni > 15 cm) o appoggiandosi a supporti.....	.....	<input type="checkbox"/>
Stabile a piedi ravvicinati, senza alcun appoggio.....	.....	<input type="checkbox"/>
<b>Resistenza ad una leggera spinta</b>		
(L'esaminatore spinge leggermente con il palmo della mano per tre volte sullo sterno il paziente eretto con i piedi il più possibile ravvicinati)		
Tende a cadere.....	.....	<input type="checkbox"/>
Barcolla, si afferra ad un sostegno, ma non cade.....	.....	<input type="checkbox"/>
Rimane stabile in equilibrio.....	.....	<input type="checkbox"/>
<b>Equilibrio in piedi ad occhi chiusi</b>		
Perde l'equilibrio.....	.....	<input type="checkbox"/>
Rimane in equilibrio.....	.....	<input type="checkbox"/>
<b>Equilibrio in rotazione a 360°</b>		
Passi irregolari.....	.....	<input type="checkbox"/>
Passi regolari.....	.....	<input type="checkbox"/>
Instabile (barcolla, si afferra ai sostegni).....	.....	<input type="checkbox"/>
Stabile.....	.....	<input type="checkbox"/>
<b>Sedendosi</b>		
Poco sicuro, non valuta bene le distanze, cade sulla sedia.....	.....	<input type="checkbox"/>
Si aiuta con le braccia e non ha un movimento controllato.....	.....	<input type="checkbox"/>
Sicuro, movimento controllato.....	.....	<input type="checkbox"/>

**Andatura**

<b>Inizio della marcia</b>		
Esitazioni o più tentativi. ....		<input type="checkbox"/>
Nessuna esitazione. ....		<input type="checkbox"/>
<b>Lunghezza ed altezza del passo</b>		
a) Piede destro		
Non avanza oltre il piede sinistro. ....		<input type="checkbox"/>
Oltrepassa il piede sinistro. ....		<input type="checkbox"/>
Non si alza completamente da terra. ....		<input type="checkbox"/>
Si alza completamente da terra. ....		<input type="checkbox"/>
b) Piede sinistro		
Non avanza oltre il piede destro. ....		<input type="checkbox"/>
Oltrepassa il piede destro. ....		<input type="checkbox"/>
Non si alza completamente da terra. ....		<input type="checkbox"/>
Si alza completamente da terra. ....		<input type="checkbox"/>
<b>Continuità del passo</b>		
Arresti o discontinuità tra un passo e l'altro. ....		<input type="checkbox"/>
Continuità del passo. ....		<input type="checkbox"/>
<b>Simmetria dei passi</b>		
Passi del piede destro e sinistro non uguali. ....		<input type="checkbox"/>
Passi simmetrici. ....		<input type="checkbox"/>
<b>Deviazione del passo</b>		
(Viene stimata in base alle mattonelle del pavimento, si considerano spostamenti di 30 cm su un percorso di 3 m)		
Deviazioni significative. ....		<input type="checkbox"/>
Piccole deviazioni o uso di aiuto per camminare. ....		<input type="checkbox"/>
Cammina dritto senza aiuto. ....		<input type="checkbox"/>
<b>Stabilità del tronco</b>		
Marcata oscillazione o uso del bastone. ....		<input type="checkbox"/>
Nessuna oscillazione, ma flessione delle ginocchia o del dorso o allarga le braccia mentre cammina. ....		<input type="checkbox"/>
Nessuna oscillazione, né flessione, né movimenti di equilibrio delle braccia, né uso del bastone. ....		<input type="checkbox"/>
<b>Posizione dei piedi durante la deambulazione</b>		
Piedi distanziati. ....		<input type="checkbox"/>
I talloni quasi si toccano mentre cammina. ....		<input type="checkbox"/>

TOTALE ANDATURA \_\_\_\_\_/16

..... INDICE DI TINETTI (TOTALE ANDATURA + EQUILIBRIO) \_\_\_\_\_/28

Data di rilevazione: \_\_\_\_\_

Firma Rilevatore: \_\_\_\_\_



## SCALA CONLEY

*(Allegato n. 5)*

La scala Conley, messa appunto negli Stati Uniti, grazie ad uno studio condotto negli anni 90, fu progettata per la valutazione del rischio di caduta dei pazienti con più di 50 anni, ricoverati in reparti per acuti, medico-chirurgici. Proposta da Conley et al.<sup>68</sup> ed è composta da 6 fattori che classificano il rischio di cadere ed individuano un valore soglia di 2 punti su 10 per indicare la presenza di rischio. La scala considera le seguenti variabili: (tabella ....)Precedenti cadute, positiva se il paziente è caduto nel corso dei tre mesi antecedenti al momento della compilazione dello strumento; Perdita di feci o urine durante il tragitto per i servizi igienici, positiva se il paziente non è in grado di trattenere le urine o le feci e si bagna o si sporca mentre si reca al bagno; Vertigini e capogiri, positiva se il paziente riferisce tale sintomatologia; Deterioramento del giudizio, mancanza del senso di pericolo, positiva se il paziente presenta una condotta rischiosa compiendo atti non prudenti per la sua salute. Agitazione, positiva se il paziente presenta eccessiva attività motoria ad esempio incapacità a stare seduto fermo, si muove con irrequietezza ecc; comprimissione della marcia, positiva se il paziente durante la deambulazione presenta una base del passo allargata, passo strisciante o marcia instabile. La scala deve essere compilata dall'infermiere, precedentemente addestrato, all'ingresso del paziente nella propria unità operativa.

Le prime tre domande vengono poste al paziente o, nel caso in cui egli non sia in grado di rispondere per gravi deficit fisici o cognitivi, interrogando il caregiver. Qualora in questi ultimi casi, non fosse presente alcun caregiver, sarà l'infermiere stesso, consultando la documentazione, a rispondere alla prima parte dello strumento. Le ultime tre domande sono destinate all'infermiere compilatore che deve rispondere in base a quanto ha osservato della persona valutata. Qualora ad una domanda venga risposto "non so", essa è da considerare come risposta negativa. Ad ogni domanda è attribuito un punteggio pari a zero se negativa, o variabile tra 1 e 3 se positiva. Per individuare il risultato occorre sommare i punteggi positivi.

Il paziente è considerato a rischio se totalizza un punteggio uguale o superiore a 2.

---

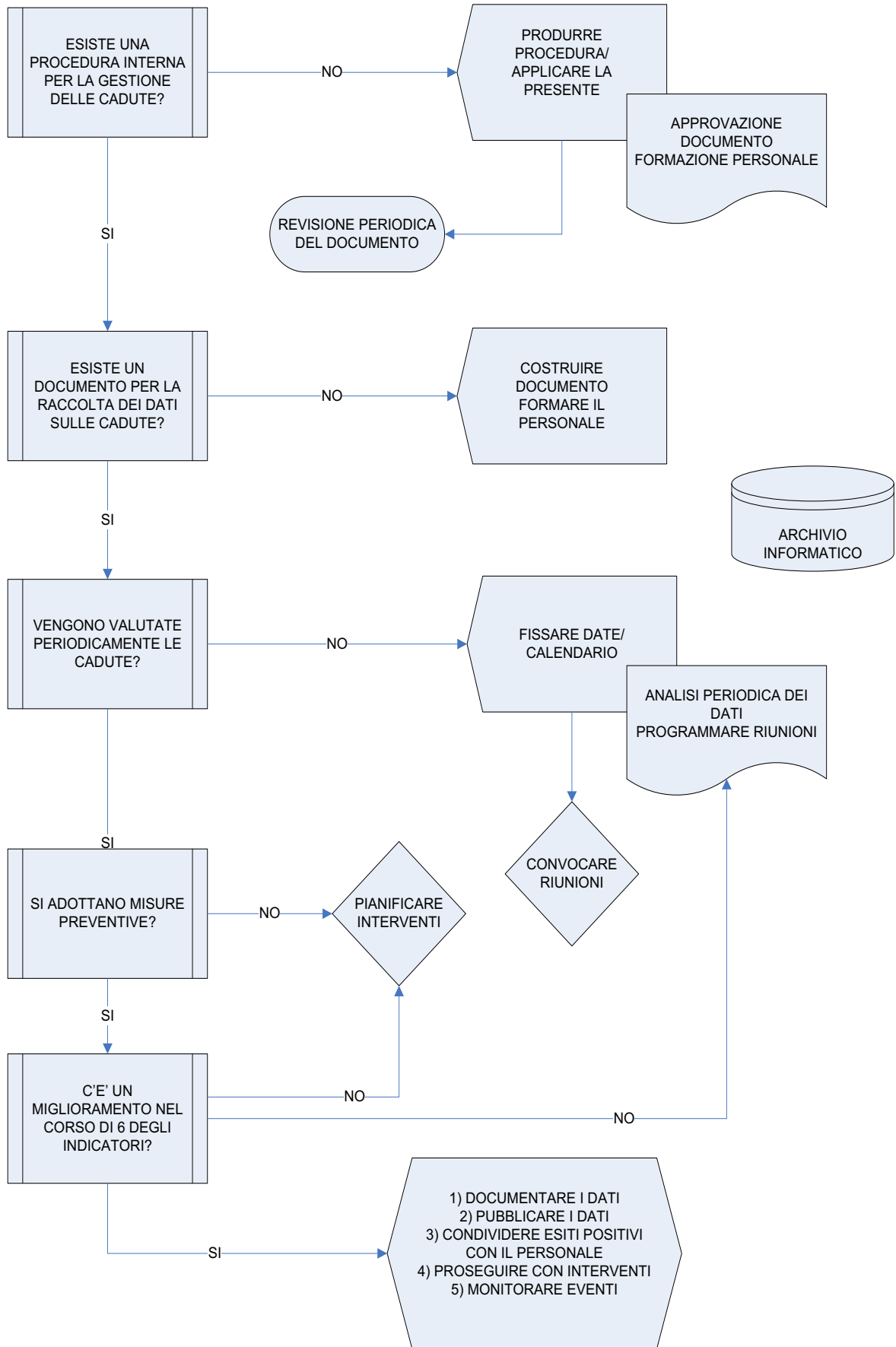
<sup>68</sup> Conley D, Schultz AA, Selvin R. The challenge of predicting patients at risk for falling: development of the Conley Scale. MEDSURG Nurs 1999; 8: 348-354

## MANUALE ORGANIZZATIVO AGGIORNATO AL MARZO 2008

### SCALA CONLEY di valutazione del rischio di caduta del paziente

**Istruzioni:** le prime tre domande devono essere rivolte solo al paziente: possono essere rivolte ad un familiare od al caregiver o all'infermiere, solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere. *Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi. La risposta "Non so" è da considerare come risposta negativa.*

	SI'	NO
<b>Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver/infermiere)</b>		
C1 - E' caduto nel corso degli ultimi tre mesi?	2	0
C2 - Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
C3 - Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
<b>Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)</b>		
C4 - Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile.	1	0
C5 - Agitato (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associato ad agitazione interiore. Es: incapacità a stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti, ecc.).	2	0
C6 - Deterioramento della capacità di giudizio / mancanza del senso del pericolo.	3	0
<b>TOTALE</b>		_____



## **LINEE GUIDA**

# **A SOSTEGNO DELLE AZIONI DI TUTELA E DI GARANZIA DELL'ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE ASSISTITO NEI SERVIZI SEMI-RESIDENZIALI**

**INDICE**

Premessa

Aspetti giuridico e normativi

Ipotesi di attivazione dei mezzi di tutela

Documentazione progettuale / protocolli operativi

Formazione / Aggiornamento degli operatori

L'ambiente protesico

Linee operative per l'attivazione dei mezzi di tutela

Appendice: Presidi e Ausili

Allegato

## PREMESSA

Le problematiche assistenziali dei soggetti anziani, già attuali, tendono a diventare sempre più complesse per le caratteristiche demografiche che depongono per un costante incremento della longevità.

C'è da prevedere, quindi, un aumento del numero dei casi complessi che richiederanno, sempre più spesso, attenzione terapeutiche ed assistenziale più qualificata e la ricorrenza di situazioni problematiche e, soprattutto, per una corretta informazione e formazione, attenta ai principi giuridici, deontologici, assistenziali e professionali, di tutti gli operatori impegnati, a qualsiasi titolo, nel settore.

L'Amministrazione Comunale in data 10/03/99 ha costituito un gruppo di lavoro assegnato l'incarico di coordinamento al dr. G. Iorio e formato dagli operatori impegnati nei compiti di vigilanza istituzionale (D. R. 560/91) in rappresentanza di tutte le Commissioni della provincia di Modena, da rappresentanti dell'ASL di Modena, dell'Ordine Provinciale dei Medici, del Collegio provinciale degli Infermieri, nonché delle Cattedre di Geriatria e di Medicina Legale dell'Università di Modena e Reggio Emilia, con lo scopo di fornire indicazioni ed orientamenti sulle problematiche di tali casistiche.

### Aspetti giuridico – normativi

È opportuno richiamare sinteticamente alcuni principi fondamentali di natura giuridica, deontologica ed etica che presiedono all'attività sanitaria in genere e quindi applicabili anche al trattamento terapeutico ed assistenziale dell'anziano autosufficiente o meno.

Il dato Costituzionale afferma in termini inequivocabili la **volontarietà** del trattamento sanitario che deve, comunque avvenire **nel rispetto della dignità dell'uomo**. Ne deriva l'indispensabilità di un valido consenso al trattamento medico, che deve essere finalizzato al "bene" del soggetto.

Le uniche ipotesi che consentono, giuridicamente e deontologicamente, l'attuazione di interventi diagnostici o terapeutici senza il consenso dell'interessato, sono individuate dalle previsioni di **trattamenti sanitari obbligatori** (sono quelli previsti esplicitamente dalla legge) e dal ricorso di uno **stato di necessità**, volto ad evitare l'attualizzazione di danni a sé o agli altri, anche attraverso interventi di carattere eccezionale.

Tenuto conto che l'intervento professionale comporta obblighi di mezzi e non di risultati, è noto che ci si debba adoperare nella cura e nell'assistenza del soggetto con ogni mezzo disponibile, includendo anche mezzi intrinsecamente discutibili qualora necessari, anzi indispensabili, a risolvere un problema grave contingente, purché adottati secondo una corretta prassi professionale e con gli accorgimenti che il caso di volta in volta richiede.

Possono rientrare in questa ipotesi i mezzi di contenzione fisica e/o farmacologia che vengono legittimati appunto dal ricorso di "uno stato di necessità", da cui l'opportunità **di chiare regole di comportamento**.

Pertanto in certe situazioni in presenza di un anziano in condizioni di rischio attuale dovuto alle condizioni fisiche o psichiche, corre l'obbligo di agire **da parte del medico** per evitare

l'attualizzazione del danno, semprechè il contenuto di tale intervento sia proporzionato dal pericolo cui, in caso d'inerzia andrebbe incontro all'anziano, con riferimento specifico ai contenuti art. 54 C. P. 1° comma.

Tale intervento di fatto deriva dall'applicazione corretta del diritto Costituzionale alla salute che va in ogni caso garantito, anche a fronte di azioni di tutela – poste attraverso la limitazione del movimento ma funzionali allo stato di necessità che richiede, un'azione adeguata e proporzionata.

Valga un esempio per tutti: per l'anziano confuso ed agitato che necessità di terapia endovena non sostituibile altrimenti, ma indispensabile per la propria salute, il medico può attivare azioni di tutela a garanzia di tale intervento tale da richiedere, al fine anche di evitare danni fisici, l'utilizzo di bracciali di immobilizzazione, in ogni caso soltanto per il tempo strettamente necessario ai bisogni sanitari e di cura.

La situazione citata, come tante altre, richiede l'obbligo di agire, di intervenire; in mancanza si ravviserebbe il reato previsto dall'art. 593 del C. P., ed in particolare al 2° comma; inoltre nel caso specie ricorre e potrà essere invocato anche l'art. 591 C. P., che prevede il reato di abbandono di persona incapace “per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia” di provvedere a se stessa e della quale “si abbia la custodia o si debba avere cura”.

I richiami normativi finora esposti diventano pertanto i punti di riferimento e di sostegno di tutte quelle azioni di tutela e di garanzia che si prospettano nelle singole gestioni dei casi all'interno dei servizi ospedalieri e residenziali per anziani non autosufficienti. Questi richiami in primo piano la responsabilità professionale del medico curante che, attraverso un'attenta analisi valutativa del caso, provvederà con l'applicazione delle misure di tutela necessarie, nonché della modalità di attuazione e della tempistica, con la previsione comunque di interventi di verifica.

I limiti del lecito vanno ritrovati nelle norme sopra citate ed anche nei codici deontologici dei medici e degli infermieri; ad esempio 4.10 cod. deontologico dell'infermiere: “l'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e con metodica abituale di accadimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quanto vi si configura l'interesse della persona e inaccettabile sia una implicita risposta alle necessità istituzionali”.

Vale la pena ricordare che l'ipotesi di utilizzo di mezzi e di strumenti di tutela, come elencati più avanti, dovrà soggiacere a principi di adeguatezza e di correttezza, con riferimento specifico all'art. 571 del codice penale.

### IPOTESI DI ATTIVAZIONE DEI MEZZI DI TUTELA

Sembra importante distinguere l'adozione di **interventi di contenzione**, limitati a situazioni di emergenza – urgenza e legittimati da uno “stato di necessità”, da quella di **interventi precauzionali**, volti a ridurre rischi potenziali in soggetti non del tutto in grado di autogestirsi, per i quali è possibile prevedere nel pieno di trattamento individualizzato l'adozione di precauzioni per evitare danni. Interventi precauzionali sono fondamentalmente rappresentate da: sponde da letto, cinture da carrozzina, tavolineti davanti alla carrozzina, bretelle divaricatori pelvici, cinture da letto.

La suddetta destinazione (tra mezzi di contenzione legati al ricorso di uno stato di necessità, quindi eccezionale ed imprevedibile, e mezzi precauzionali, legati a situazioni prevedibili che possono rientrare nei piani di trattamento individuale da aggiornare costantemente) pone problemi diversi, in

quanto seconda ipotesi che prevede, ad esempio, l'uso di spondine, o del tavolino, o di una cintura etc... nell'ambito di un piano di trattamento socio assistenziale individualizzato che le prevede e le giustifichi si pone il problema del consenso "valido" del soggetto, ovviamente non richiesto nel primo caso.

I presidi precauzionali permettono sempre una mobilità degli altri ed in gran parte del tronco ed hanno di fatto la prevalente finalità di impedire l'alzarsi in condizioni rischiose per l'ospite o l'esercizio dell'aggressività nei confronti del soggetto stesso o di terzi.

Fatto salvo tutto il discorso che l'uso di questi mezzi non può essere sostitutivo di carenze sui vari livelli ambientali, di risorse di personale e di strumentazioni idonee, si impone l'aspetto valutativo in ordine all'opportunità di usare questi mezzi e di regolare l'uso di presidi, comunque con carattere eccezionale, per tutelare e garantire la salute fisica dell'anziano, distinguendo situazioni di rischi **potenziali** da quelli **attuali**. Si deve comunque tenere conto che in ogni caso il soggetto viene limitato dalla propria libertà e pertanto **deve essere sorvegliato con maggiore accuratezza**.

Il problema culturale è capire quanto in realtà queste metodiche nella prassi attuale siano effettivamente funzionali all'obbiettivo desiderato un uso improprio, non calibrato potrebbe essere fonte di danno oltre che sproporzionato.

L'uso di mezzi di tutela/contenzione rimane dunque un provvedimento che deve essere considerato transitorio e che deve essere regolato in modo puntuale, anche attraverso **protocolli interni**.

Prima di tutto va ribadito che la decisione di utilizzare questi presidi è di stretta competenza del medico in quanto si configura come un trattamento terapeutico che per le sue implicazioni sulla persona e per i rischi che comporta, richiede una valutazione clinica e terapeutica.

### DOCUMENTAZIONE PROGETTUALE/PROTOCOLLI OPERATIVI

In tale contesto è fondamentale la visibilità del percorso progettuale, frutto del lavoro dell'equipe socio-assistenziale-sanitaria. Pertanto appare chiaro che il porre in essere dei mezzi di tutela fisici ed anche farmacologici, richiede che siano chiaramente specificati nel piano terapeutico elaborato all'interno del piano assistenziale individuale dell'anziano, ovvero segnalati in consegna in caso di decisione assunta in stato di necessità.

Oltre alla descrizione del presidio che si intende usare e del motivo, va predisposto un tempo programmato di utilizzo, con la previsione di un attento monitoraggio da parte degli operatori interessati. Le potenziali complicanze della contenzione possono essere: cadute e ferite, morte, abrasioni, incontinenza, contratture, aumento dell'agitazione, depressione, ansia, anoressia malnutrizione proteico-calorica, distrazione, perdita della capacità di controllo, osteoporosi, comportamento regressivo, piaghe da decubito etc.

Da questo punto di vista deve essere chiaro che l'utilizzo di presidi di tutela fisici, ovvero farmacologici, richiede una sorveglianza maggiore che va temporizzata con controlli preordinati, con l'utilizzo di apposite schede di rivelazione.

L'utilizzo degli psicofarmaci è del tutto paragonabile ai presidi fisici sia per il problema prescritto sia per gli effetti collaterali che possono determinarsi. Questo aspetto della contenzione, più difficile da cogliere, è altrettanto importante anche per le ricadute sulla stabilità motoria, la relazione, e più in generale sulla qualità della vita dell'anziano.



A questo riguardo è particolarmente rilevante l'impulso formativo per i medici data la possibilità di utilizzare nuovi prodotti che hanno un'attività spiccata nei confronti dei disturbi comportamentali maggiori, con minori effetti collaterali.

È importante che le singole strutture adottino specifici protocolli operativi per la traduzione corretta dei comportamenti e delle azioni da compiere a tutela della salute dell'anziano.

### **FORMAZIONE/AGGIORNAMENTO DEGLI OPERATORI**

La formazione assume in un ruolo decisivo in ordine al significato di salute come bene da salvaguardare e da mantenere, in relazione alle condizioni soggettiva di ogni singolo anziano.

Occorre prevedere e favorire momenti formativi specifici, rivolti agli operatori per la condivisione di un'ampia cultura tutelare, da considerarsi tra le azioni preventive, comparsa la corretta ed adeguata prassi strettamente legata alla valutazione dei bisogni.

È necessario procedere ad una valutazione preventiva gli eventuali azioni di tutela a garanzia della salute dell'anziano, rapportandosi alla necessità e alle condizioni dell'ospite mediante la valutazione clinica e delle possibili soluzioni da mettere in campo, e non certamente dai "bisogni" organizzativi della struttura, che deve adeguarsi alle esigenze ed alle richieste degli ospiti dei servizi

A tale scopo percorsi di formazione sul tema, attraverso il confronto tra i servizi operanti a livello provinciale, con la partecipazione ed il coinvolgimento dei profili professionali sanitari e sociali, risultano essere in valido momento d'intervento con un ruolo significativo assunto dalla Provincia di Modena, in quanto promotore e coordinatore in ambito provinciale.

### **L'AMBIENTE PROTESICO**

Nelle strutture per anziani la tutela e la sicurezza degli ospiti viene avvertita come uno dei compiti fondamentali degli operatori, per l'estrema condizione di fragilità fisica dei soggetti anziani associata spesso a forme di deterioramento cognitivo assistenziale di massima tutela per l'anziano e il ricorso a misure di contenzione (da limitare ad evento straordinario) c'è lo spazio per molteplici iniziative che potremmo riassumere nel concetto di ambiente protesico, che è stato elaborato in Canada, per opera di Moya Jones, in particolare per il soggetto demente, ma che si può adattare ed estendere a tutti i soggetti anziani.

L'approccio protesico alla disabilità si pone l'obiettivo proprietario del benessere dell'individuo ed è il risultato della correlazione dinamica di tre componenti:

- Le persone
- I programmi di attività
- Lo spazio fisico (ambiente)

In particolare, l'ambiente fisico assume una notevole potenzialità per la gestione e la cura dei suoi soggetti affetti da turbe cognitive.

L'ambiente infatti, dotato di caratteristiche di plasticità e flessibilità può fornire valido sostegno protesico ai deficit concretizzati nell'anziano, e contribuire a facilitare l'attività di coloro che accudiscono l'anziano.

In sostanza si tratta di creare un ambiente che sappia adattarsi allo svolgersi delle malattie e che possa anticipare le future difficoltà, uno spazio ricco di strategie pratiche teso ad evitare il confronto frustrante con l'incapacità ed a sostenere e "celebrare" le residue abilità e competenze dei soggetti ai quale è destinato.

Tra gli accorgimenti che devono essere seguiti nell'adattamento dell'ambiente fisico si suggerisce di:

- Eliminare le fonti di pericolo;
- Semplificare al massimo l'ambiente e la disposizione degli oggetti, impiegando strumenti ed oggetti a non duplice significato;
- Assicurare perimetri sicuri dentro le costruzioni e all'aperto (vedi giardino protetto) con percorsi circolari per facilitare il ritrovamento della strada di ritorno;
- Evitare o ridurre al minimo i cambiamenti (cambiare disposizione ai mobili oppure ai quadri può comportare problemi, lo spostamento del letto, ad esempio) può favorire la comparsa di incontinenza poiché il soggetto non riesce a trovare la via del bagno;
- Fornire indicazioni segnaletiche di semplice ed inequivocabile comprensione e di grande significato personale per l'anziano per favorire l'orientamento;
- Fare in modo che le stanze siano ben illuminate ed evitare la presenza di rumori o suoni disturbanti;
- Realizzare un'atmosfera domestica con l'impegno di arredi il più possibile somigliante a quello "di casa", riconoscibili e significativi meglio di un arredo "tecnologico";
- Utilizzare materiali antiriflesso, antisdrucchiolo, antirumore per evitare disorientamento, cadute e suoni disturbanti.

La tecnologia offre soluzioni innovative consentendo, per esempio, di monitorare costantemente gli anziani, attraverso sistemi di controllo elettronici (sensori) applicati sugli indumenti.

Come nel caso degli altri sistemi, per assicurare che il loro uso sia corretto e non invasivo, occorre che l'applicazione corrisponda allo scopo di adempiere in maniera più puntuale agli obblighi di assistenza e vigilanza degli ospiti, che sia cioè riscontrato un vero stato di necessità che l'adozione degli strumentini controllo sia stata valutata e condivisa dall'equipe dopo che questa abbia provato e scartato tutte le alternative possibili.

Resta valida pertanto, anche nel caso di sistemi elettronici personali di controllo come il sensore collegato con una centrale di monitoraggio, la necessità di disciplinare l'uso, esattamente come per i sistemi meccanici e gli strumenti fisici.

Occorre orientarsi su sistemi di protezione ambientale che siano dettati non solo dalla necessità di "prevenire" ma da quella di rendere "funzionale" l'ambiente al bisogno dell'anziano.

In quella direzione va ad esempio la scelta di:

- Bloccare l'accesso alle scale con cancelletti dotati di meccanismi automatici di sblocco compatibili con le norme di sicurezza in caso di rapida evacuazione dei locali;
- Rivestire le superfici delle aree degli anziani con materiali morbidi, che attutiscono le conseguenze di eventuali cadute;
- "mascherare" con l'aiuto dei colori le uscite di sicurezza che non sboccano su aree esterne protette;
- dotare le porte di uscita dei nuclei e/o della struttura di dispositivi che consentono l'apertura dopo la digitazione di codici numerici.

## LINEE OPERATIVE PER L'ATTUAZIONE DEI MEZZI DI TUTELA

Rappresentiamo le linee operative per l'attivazione dei mezzi di tutela e sono finalizzate al raggiungimento di due obiettivi:

- ridurre il ricorso alla contenzione fisica;
- uniformare l'intervento contenitivo alla stregua di un intervento terapeutico;

### **1. ridurre il ricorso alla contenzione fisica**

a) il ricorso alla contenzione fisica deve essere limitato a *circostanze eccezionali*, quali:

- situazione di *emergenza*, quando il comportamento del paziente rappresenti un *immediato pericolo per se e per gli altri*, e l'uso della contenzione *si dimostri la scelta migliore*;
- auto e eterolesionismo;
- protezione di presidi medicali specialmente quando necessari per l'immediato benessere del paziente;
- quando è in pericolo la sicurezza del paziente in quanto a rischio caduta conseguente ai tentativi di alzarsi o camminare;
- *stato di incoscienza od ebrezza*;
- pericolo pre e post sedazione;
- trasporto con barella;
- per mantenere il corretto allineamento posturale in soggetti con deficit psicomotorio che necessitano di un ancoraggio e supporto ortesico.

b) ridurre l'incidenza del ricorso alla contenzione fisica attraverso la realizzazione di interventi informativi e formativi;

### **2) regolamentare l'intervento contenitivo alla stregua di un intervento terapeutico.**

a) la decisione di utilizzare i mezzi di contenzione o tutela deve essere riportata sui documenti clinici del paziente: la prescrizione è competenza del medico. In situazioni di emergenza e in assenza del medico, l'infermiere può decidere di applicare una contenzione; questa decisione andrà poi valutata dal medico nel più breve tempo possibile.

La prescrizione deve chiaramente indicare:

**Motivazione** – Le circostanze eccezionali e le motivazioni sono già gli unici elementi da considerare per decidere di contenere il paziente.

**Tipo di contenzione** – Particolare attenzione deve essere posta nella scelta del tipo di contenzione, di cui è necessario conoscere le principali caratteristiche e la corretta tecnica di applicazione.

**Durata** – La contenzione deve essere limitata nel tempo: la prescrizione deve indicare il termine dell'intervento contenitivo o della rivalutazione della sua reale necessità. La necessità di prolungare o di ridurre l'uso della contenzione deve avvenire solo dopo ulteriore verifica delle condizioni del soggetto da parte dell'equipe.

- b) Durata il periodo di contenzione il paziente deve essere controllato secondo necessità o almeno ogni 30 minuti e la decisione del ricorso alla contenzione deve essere rivista qualora non sussista più la motivazione che l'ha determinata.
- c) Durante il periodo di contenzione garantire al paziente la possibilità di movimento ed esercizio per non meno di dieci minuti ogni due ore con esclusione della notte.
- d) L'eventuale comparsa di abrasioni e ulcere da decubito, dovuti ai mezzi di contenzione, deve essere effettuata ogni 3 o 4 ore.
- e) Il confort, la sicurezza e la dignità del paziente sono da perseguire durante il periodo di contenzione.
- f) È indicato l'utilizzo di una scheda per monitorare eventuali osservazioni rilevabili durante il controllo e i conseguenti interventi adottati. – vedi allegato.

## APPENDICE

### PRESIDI E AUSILI

#### **Fascia per carrozzina o poltrona.**

È il mezzo di contenzione più facile e semplice da applicare. Può essere valido aiuto per la sicurezza paziente a rischio caduta, sostituendo la normale “cintura di sicurezza”. È costituita da un cuscinetto imbottito di poliuretano morbido di solito di larghezza 15 cm e di lunghezza 60 cm circa rivestito spesso di materiale traspirante per garantire il confort del paziente durante la contenzione. Il cuscinetto è dotato di lunghe cinghie di ancoraggio che ne permettono il fissaggio alla poltrona o alla carrozzina. Per questioni di sicurezza, è da evitare l'uso di questo mezzo di contenzione sulle normali sedie che, data la larghezza, non impediscono alla persona di alzarsi e trascinare con sé la sedia stessa.

#### **Fascia pelvica.**

Viene utilizzata quando la funzione psicomotoria è talmente compressa da impedire al paziente di rimanere in posizione seduta senza scivolare; la fascia previene la postura scorretta evitando lo scivolamento in avanti il bacino. È costituita da una mutandina in cotone o in materiale sintetico con cinghie di ancoraggio e fibbie di chiusura per l'applicazione a sedie o carrozzine.

Le varianti alla fascia pelvica possono essere costituite da:

- **Divaricatore inguinale** – costituito da un supporto imbottito al sedile della carrozzina con la funzione di mantenere in asse le anche e di impedire lo scivolamento in avanti il bacino;
- **Fasce antiscivolamento** – sono costituite da cuscinetti imbottiti di poliuretano morbido, dotato di cinghie di ancoraggio che si fissano facilmente al sedile della carrozzina; servono per prevenire ed evitare lo scivolamento del bacino mantenendo ferme cosce ed anche nella parte posteriore della carrozzina.
- **Corsetto e bretelle** – Viene utilizzato in pazienti che hanno perso la capacità di controllare il tronco e hanno la tendenza a sporgersi dalla carrozzina e a cadere in avanti. E' costituito da un corpetto con spillacci regolabili che possono essere adattati alla sedia o alla carrozzina consentendo al tronco di rimanere in posizione corretta; il corpetto è, di solito in cotone o in materiale sintetico che ne permettono una facile pulizia.
- **Corsetto con cintura pelvica** – Riunisce in sé le caratteristiche dei due mezzi di contenzione precedenti assicurando la stabilità del tronco evitando lo scivolamento del bacino in avanti. gli spillacci del corsetto e la cintura pelvica sono connessi fra loro e possono essere regolati per l'aggancio alla carrozzina.
- **Tavolino per carrozzina** – E' il mezzo di contenzione più indicato in caso di pericolo di caduta nel tentativo del paziente di alzarsi. È di facile applicazione e fissaggio tramite rotaia scorrevole e viti posti sotto i braccioli della carrozzina. Impedisce di sporgersi in avanti e permette l'utilizzo del piano di appoggio per eventuale attività.
- **Spondine per letto** – Ne esistono di diversi tipi: possono essere a scatto e già applicate al letto di degenza, o essere asportabili da parte del personale. Sono destinate a persone confuse che non sono in grado di alzarsi e deambulare autonomamente e a persone sotto sedazione. Non vanno mai utilizzate se esiste la possibilità da parte del paziente di scavalcare.
- **Fasce di sicurezza per letto** – Consistono libertà di movimento permettono la postura laterale e seduta. Sono solitamente costituite da una fascia imbottita abbicata alla vita del paziente e fissata al letto mediante cinghie di ancoraggio; alcune possono essere fornite di “imbracature a y” per le spalle per una maggiore sicurezza e per evitare lo scivolamento della cintura dalle anche. Sono destinate a pazienti particolarmente confusi o agitati che non sono in grado di alzarsi e deambulare autonomamente.
- **Bracciali di immobilizzazione** – Sono solitamente in gommaschiuma o poliuretano e rivestiti in materiali morbidi e traspiranti come il vello. Possono essere regolati tramite chiusure in velcro e robuste cinghie di fissaggio con fibbie. Sono indicati in pazienti che necessitano di trattamenti sanitari strettamente necessari per l'immediato benessere, ma che non sono in grado di gestire autonomamente la situazione. Possono essere utilizzati in situazioni di emergenza nel caso di auto-eterolesionismo.



**MONITORAGGIO UTILIZZO MEZZI DI TUTELA FISICA**

**NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_

DISAGIO PREVALENTE	ISM *	MOTIVAZIONE DELLA TUTELA FISICA	DATA
<b>PATOLOGIE ASSOCIATE</b>		Autolesionismo	
		Eterolesionismo	
		Incoscienza	
		Agitazione psicomotoria	
		Trattamenti intensivi	
		Rischio cadute (**)	
<b>INDICE DI COMORBILITA**</b>		Altro	

(\*) Se indicato, classificare secondo la scala ISM

(\*\*) Rischio di gravi lesioni da caduta; criteri I) MSE <26 o SPMSQ<2;II)2 o + menomazioni croniche

III) Scala Tinetti<12/22,IV) BMI<22(Tinetti Jags 43:1214-21,1995)

Tipo di ausilio	DATA	Comparsa di complicazione	DATA
Corpetti con bretelle e cinghia			
Bracciali per polsi e caviglie			
Cintola pelvica			
Cintura per carrozzina o sedia			
Sedia geriatrica con appoggio fisso		<b>Frequenza controllo</b>	
Cinture di sicurezza per il letto		1)	
Sponda/e da letto fissata/e		2)	
Reti per il letto		3)	
<b>Tipo di utilizzo</b>	<b>Fascia Oraria di utilizzo</b>	<b>Prossima rivalutazione</b>	
Occasionale <input type="checkbox"/>	dalle _____		
Notturmo <input type="checkbox"/>	alle _____		
Diurno <input type="checkbox"/>			

**Terapia Farmacologica**

\_\_\_\_\_

INFORMAZIONE ALLA FAMIGLIA  Sì  No \_\_\_\_\_

**Nell'ambito dell'integrazione interdisciplinare e del lavoro di equipe, nel rispetto delle competenze professionali di ogni profilo, e per presa visione i sottoscritti firmano la presente scheda.**

**IL MEDICO** \_\_\_\_\_ **INFERMIERE** \_\_\_\_\_

**COORD. SERV.ASS.** \_\_\_\_\_ **ANIMATORE** \_\_\_\_\_

**FISIOTERAPISTA** \_\_\_\_\_ **COORD. STRUTT. ASS.LE** \_\_\_\_\_

**INDICE GERIATRICO DI SEVERITA' DI MALATTIA: I.S.M.**

<b>A) Cardiopatia organica: valvulopatie, endo-mio-pericardite, aritmie secondarie a tali patologie</b>
ISM 0 assenza di malattia
ISM 1 NYHA 1 asintomaticità solo segni strumentali (ECG o ECOcardio) e/o minimi reperti obiettivi
ISM 2 NYHA 2 dispnea indotta da attività della vita quotidiana, edemi lievi-moderati, controllo con il trattamento
ISM 3 NYHA 3 dispnea indotta da attività inferiori alle ordinarie, edemi marcati, scarso controllo con il trattamento
ISM 4 NYHA 4 dispnea a riposo
<b>B) Cardiopatia ischemica: IMA angina pectoris e aritmie causate da ischemia</b>
ISM 0 assenza di malattia
ISM 1 asintomaticità solo segni strumentali (ECG o ECOcardio di ischemia ) comprese le aritmie in presenza di storia di cardiopatia ischemica
ISM 2 storia di IMA o FPA (>6mesi fa) intervento di bypass, angina o dispnea indotte da attività della vita quotidiana, controllo con il trattamento
ISM 3 IMA o EPA negli ultimi 6 mesi, angina o dispnea indotte da attività leggere o da riposo, scarso controllo con il trattamento
ISM 4 estesa area di acinesia
<b>C) Disturbi primitivi del ritmo e della conduzione: aritmie in assenza di cardiopatia organica ed ischemica:</b>
ISM 0 assenza di malattia
ISM 1 asintomaticità solo segni ECG
ISM 2 sintomi lievi (cardiopalmi, capogiri sporadici) controllo con il trattamento o il pacemaker
ISM 3 sintomi significativi (capogiri ricorrenti, sincope)scarso controllo con il trattamento
ISM 4 classe 5 Lown
<b>D) Insufficienza cardiaca congestizia da cause extracardiache: es.cuore polmonare cronico, insufficienza renale.</b>
ISM 0 assenza di malattia
ISM 1 NYHA 1 asintomaticità solo segni strumentali (ECG o ECOcardio) o storia di singolo episodio di insufficienza cardiaca, facilmente controllato senza problemi successivi
ISM 2 NYHA 2 dispnea indotta da attività della vita quotidiana, edemi lievi-moderati, controllo con il trattamento o storia di episodi multipli di insufficienza cardiaca, attualmente controllati
ISM 3 NYHA 3 dispnea indotta da attività inferiori alle ordinarie, edemi marcati, scarso controllo con il trattamento
ISM 4 NYHA 4 dispnea a riposo
<b>E) Ipertensione arteriosa:</b>
ISM 0 assenza di malattia
ISM 1 ipertensione anamnesticca o ipertensione borderline
ISM 2 ipertensione controllata dal trattamento (PA<160/90 mmHg)
ISM 3 ipertensione non controllata dal trattamento (PA>160/90 mmHg)
ISM 4 ipertensione maligna
<b>F) Accidenti vascolari cerebrali</b>
ISM 0 assenza di malattia
ISM 1 asintomaticità storia di 1 episodio di TIA
ISM 2 storia di 2 o più episodi di TIA (distanziati nel tempo), storia di accidente cerebrovascolare senza segni residui o con lieve parestesia o ipostenia residua, presenza di aneurisma nel circolo cerebrale o occlusione carotidea parziale (>70%) asintomatica
ISM 3 TIA frequenti (ravvicinati) storia di accidente cerebrovascolare con paresi o plegia
ISM 4 coma correlato ad accidente cerebrovascolare

<b>G) Vasculopatie periferiche:</b>	
ISM 0	assenza di malattia
ISM 1	vene asintomaticità storia di tromboflebite Arterie arteriopatia documentata da doppler, pregresso by pass su vasi periferici (claudicatio intermittens stadio 1)
ISM 2	vene insufficienza venosa profonda, edemi, singolo episodio di embolia polmonare Arterie dolore scatenato da deambulazione (claudicatio intermittens stadio 2) aneurisma aorta
ISM 3	vene multipli episodi di embolia polmonare, ulcere varicose Arterie dolore a riposo, lesioni trofiche (claudicatio intermittens stadio 3-4)
ISM 4	gangrena amputazione
<b>H) Diabete mellito</b>	
ISM 0	assenza di malattia
ISM 1	intolleranza glucidica
ISM 2	diabete controllato con trattenuto dietetico o farmacologico (<180 mg/dl)
ISM 3	diabete mellito non controllato (>180 mg/dl) o presenza di complicanze neuropatia nefropatia (creatinina 3-6 mg/dl) retinopatia, gangrena etc.
ISM 4	cardiopatìa ischemica grave, uremia terminale, coma diabetico, shock
<b>H1) Malattie endocrine:</b>	
ISM 0	assenza di malattia
ISM 1	malattia subclinica evidenziabile con esami bioumorali e strumentali (asintomaticità) o pregressa malattia che è stata corretta con trattamento medico o chirurgico
ISM 2	sintomi lievi moderati ben controllati con il trattamento
ISM 3	sintomi gravi mal controllati con il trattamento
ISM 4	sintomi molto gravi non controllati con il trattamento
<b>I) Malattie respiratorie:</b>	
ISM 0	assenza di malattia
ISM 1	asintomaticità, solo obietività toracica o RX (iperinsufflazione segni di bronchite cronica)
ISM 2	tosse cronica dispnea indotta da attività della vita quotidiana FEVI 60-80%
ISM 3	tosse produttiva mattutina dispnea indotta da attività inferiori alle ordinarie o a riposo FEVI<60% storia di infezioni respiratorie ricorrenti
ISM 4	insufficienza respiratoria globale (ipossiemia<60 mmhg ipercapnia>50 mmhg)
<b>L) Neoplasie maligne:</b>	
ISM 0	assenza di malattia
ISM 1	diagnosi ed eventuale ultimo trattamento > 5 anni fa
ISM 2	diagnosi ed eventuale ultimo trattamento > 1 ma < 5 anni fa
ISM 3	diagnosi ed eventuale ultimo trattamento nell'ultimo anno, recidiva, non remissione, non metastasi
ISM 4	neoplasia maligna allo stadio terminale
<b>M) Malattie epato-biliari:</b>	
ISM 0	assenza di malattia o pregressa epatite A
ISM 1	asintomaticità attuale, pregressa epatite B colelitiasi asintomatica colecistectomia per litiasi
ISM 2	epatite recente (< 1 anno) epatite attuale non complicata HCV + colelitiasi sintomatica, cirrosi lieve (Child A)
ISM 3	epatite cronica persistente o attiva, cirrosi conclamata (Child B)
ISM 4	cirrosi in stadio terminale (Child C)
<b>N) Malattie renali</b>	
ISM 0	assenza di malattia
ISM 1	asintomaticità con storia di nefropatie interventi per nefrolitiasi IVU asintomatica creatinina <1,5 mg/dl
ISM 2	nefropatia non complicata (creatinina 1,5-2,5 mg/dl) nefrolitiasi sintomatica IVU recidivanti sintomatiche
ISM 3	nefropatia complicata (creatinina >2,5 mg/dl), uropatia ostruttiva, encefalopatia, trapianto renale effettuato, dialisi
ISM 4	uremia terminale



<b>O) Malattie osteo articolari</b>
ISM 0 assenza di malattia
ISM 1 asintomaticità o dolore episodico Rx compatibile con artropatia degenerativa o infiammatoria
ISM 2 dolore osteoarticolare continuo, lieve moderata compromissione mobilità articolare ma controllo col trattamento sostituzione d'anca o di ginocchio
ISM 3 dolore osteoarticolare continuo e importante limitazione della mobilità articolare, non controllabile col trattamento, deformità severe, crolli vertebrali multipli
ISM 4 immobilità articolare
<b>P) Malattie gastrointestinali</b>
ISM 0 assenza di malattia
ISM 1 asintomaticità o trattamento medico o chirurgico anamnestico, diverticolosi inguinale, ernia jatale, crurale, ombelicale
ISM 2 esofagite da reflusso gastrite sintomatica ulcera attiva diverticolite malattia infiammatoria intestinale in controllo farmacologico pseudocisti pancreatiche
ISM 3 esofagite da reflusso gastrite sintomatica ulcera attiva diverticolite recidivante malattia infiammatoria intestinale non controllata dal trattamento pancreatite cronica
ISM 4 occlusione perforazione emorragia insufficienza pancreatica
<b>Q) Malnutrizione</b>
ISM 0 MNA $\geq 24$ Stato nutrizionale soddisfacente
ISM 1 MNA 17-23 Rischio di malnutrizione
ISM 2 MNA 16,5-12 Stato nutrizionale lievemente scadente
ISM 3 MNA 11,5 – 6 stato nutrizionale moderatamente scadente
ISM 4 MNA 5,5 – 0 stato nutrizionale gravemente scadente
<b>R) Parkinsoniani</b>
ISM 0 assenza di malattia
ISM 1 manifestazioni minori non necessità di trattamento
ISM 2 manifestazioni controllate dal trattamento (tremore, ipertono, bradicinesia e movimenti involontari di entità moderata)
ISM 3 manifestazioni non controllate dal trattamento (tremore, ipertono bradicinesia e movimenti involontari di entità severa)
ISM 4 immobilità
<b>S) Depressione</b>
ISM 0 assenza di malattia
ISM 1 depressione lieve (diagnosi clinica e/o GDS 10-15/30) o eutimico dopo trattamento
ISM 2 depressione moderata (diagnosi clinica e/o GDS 16-20/30)
ISM 3 depressione grave (diagnosi clinica e/o GDS $>21/30$ )
ISM 4 depressione maggiore con sintomi psicotici (criteri del DSM IV)
<b>S1) Malattie mentali:</b> comprende tutte le malattie mentali ad eccezione della depressione che viene considerata a parte
ISM 0 assenza di malattia
ISM 1 dato anamnestico di malattia risalente a più di 2 anni già trattata con successo
ISM 2 presenza di malattia lieve con sintomi controllati
ISM 3 presenza di sintomi scarsamente controllati dalla terapia
ISM 4 presenza di malattia grave con sintomi non controllati dalla terapia

<b>T) Deterioramento mentale</b>
ISM 0 assenza di malattia (MMSE>26 o SPMSQ 0-2) non deficit della memoria a breve e a lungo termine né del pensiero astratto o delle capacità di giudizio critico, normali l'attività lavorativa e sociale e le relazioni interpersonali
ISM 1 deterioramento lieve (MMSE 19-26 o SPMSQ 3-5) benché le attività lavorative e sociali siano significativamente compromesse rimane la capacità di vita autonoma con adeguata igiene personale e capacità critica relativamente conservata;
ISM 2 deterioramento moderato (MMSE 13-18 o SPMSQ 6-7) la vita indipendente diviene rischiosa è necessario un certo grado di supervisione
ISM 3 deterioramento grave (MMSE 0-12 o SPMSQ>8) le attività della vita quotidiana sono così compromesse da rendere necessaria una continua supervisione es. paziente incapace di mantenere un minimo di igiene personale oppure ampiamente incoerente o mutaco
ISM 4 stato terminale
<b>U) Anemia</b>
ISM 0 assenza di malattia
ISM 1 anemia lieve (Hb 11,9 – 10 g/dl)
ISM 2 anemia moderata (Hb 9,9 – 8 g/dl)
ISM 3 anemia grave (Hb 7,9 – 6 g/dl)
ISM 4 anemia gravissima (Hb < 6 g/dl)
<b>V) Deficit sensoriali</b>
ISM 0 assenza di deficit
ISM 1 deficit lieve ( non lamenta difficoltà nell'uso della funzione pur presentando minimi reperti obiettivi e strumentali o è attualmente asintomatico grazie a un trattamento medico-chirurgico effettuato con successo es. intervento per otosclerosi o terapia di otite)
ISM 2 deficit modesto (presenta deficit corretti o correggibili con protesi)
ISM 3 deficit grave (presenta deficit non corretti o correggibili con protesi)
ISM 4 perdita completa della funzione
<b>X) piaghe da decubito</b>
ISM 0 cute integra
ISM 1 eritema persistente
ISM 2 perdita parziale di spessore della cute che coinvolge l'epidermide e/o il derma
ISM 3 Perdita completa di spessore della cute che comporta danno e necrosi del tessuto sottocutaneo senza superare le fasce sottostanti
ISM 4 perdita completa di spessore della cute con distruzione estesa, necrosi tissutale o danno muscolare, osseo
<b>Z) Altro</b>
ISM 0 Normale
ISM 1 Presenza di malattia all'anamnesi ma corretta dal trattamento e asintomatica da anni
ISM 2 presenza di malattia con sintomi lievi, controllati dal trattamento
ISM 3 presenza di malattia con sintomi gravi scarsamente controllati
ISM 4 presenza di malattia con sintomi gravi, non controllati dal trattamento

CLASSI DI COMORBILITA': (Greenfield S. 1988)

Classe 1 di comorbilità	nessuna patologia con ISM maggiore di 2
Classe 2 di comorbilità	una sola patologia con ISM $\geq$ 3 e le altre con IDS = 1
Classe 3 di comorbilità	una sola patologia con ISM $\geq$ 3 e le altre con IDS = 2
Classe 4 di comorbilità	due o più patologie con ISM $\geq$ 3

## MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT – SHORT FORM (MNA-SF)

Diminuita assunzione di cibo negli ultimi 3 mesi a seguito della diminuzione dell'appetito, di problemi digestive o difficoltà a masticare o deglutire	Grave perdita di appetito 0	Moderata perdita di appetito 1	Nessuna perdita di appetito 2	
Perdita di peso negli ultimi 3 mesi	> 3 Kg 0	Non nota 1	1-3 Kg 2	Nessuna 3
Mobilità	A letto o in carrozzina 0	Si può alzare dalla sedia o dalla carrozzina 1	Non ha problemi 2	
Stress psicologico o malattie acute negli ultimi 3 mesi	Si 0	No 1		
Demenza o depressione	Grave 0	Lieve 1	Assenti 2	
Indice di massa corporea BMI (peso in Kg/altezza in m)	BMI<19 0	BMI<21 1	BMI<23 2	BMI>23 3

**TOTALE**

**Normale  $\geq 12$  Rischio di denutrizione  $\leq 11$**

## SALUTE MENTALE

Tabella 1. Mini Mental State Examination (Folstein et al., 1975)

(Segnare un punto per ogni risposta o azione corrette)

<b>Orientamento</b>	<b>Punteggio</b>
Qual è?	
L'anno	0.1
La stagione	0.1
Il mese	0.1
Il giorno del mese	0.1
Il giorno della settimana	0.1
Dove siamo?	
Stato	0.1
Regione	0.1
Città	0.1
Edificio	0.1
Piano	0.1
<b>Registrazione</b>	
Annunciare all'ospite un test di memoria	
Proporre all'ospite i seguenti tre nomi:	
Casa	0.1
Pane	0.1
Gatto	0.1
Al ritmo di uno al secondo.	
Chiedere di ripeterli.	
Se l'ospite non li ricorda tutti continuare a presentarli fino a quando non siano stati appresi (max sei tentativi) e registrare il numero di tentativi. (Si attribuisce 1 punto per ogni oggetto correttamente ripetuto)	
<b>Attenzione e calcolo</b>	
Far sottrarre 7 da 100 per 5 volte.	
Se l'ospite avesse difficoltà di calcolo far scandire la parola mondo al contrario una lettera alla volta (1 punto per ogni lettera fino al primo errore)	
100-7=93	0.1
93-7=86	0.1
86-7=79	0.1
79-7=72	0.1
72-7=65	0.1

**Richiamo**

Chieder i tre sostantivi appresi precedentemente	0.1
	0.1
	0.1

**Linguaggio**

Mostrare <b>una matita</b>	0.1
<b>un orologio</b>	0.1
E chiedere di nominarli	
Far ripetere la frase “Tigre contro tigre”	
Far eseguire il comando:	
Prenda un foglio con la mano destra	0.1
Lo pieghi a metà	0.1
Lo metta sul tavolo	0.1
Far leggere ed eseguire il comando “Chiuda gli occhi”	0.1
Far scrivere all’ospite una frase di senso compiuto (non dire che deve esserci il soggetto ed il verbo)	0.1
<b>Abilità prussico costruttiva</b>	
Far copiare all’ospite un disegno (due pentagoni incrociati a un angolo)	0.1

**PUNTEGGIO TOTALE \_\_\_\_/30**

## RISCHIO DI CADUTA

Tabella 1. Tinetti balance and gait Scale (Mary Tinetti, 1986)

A. Equilibrio: il soggetto è seduto su di una sedia rigida, senza braccioli. Se il soggetto non sta in equilibrio il punteggio è 0.

**1. equilibrio da seduto:**

- 0. si inclina o scivola dalla sedia
- 1. è stabile, sicuro

**2. alzarsi dalla sedia:**

- 0. è incapace senza aiuto
- 1. deve aiutarsi con le braccia
- 2. si alza senza aiutarsi con le braccia

**3. tentativo di alzarsi**

- 0. è incapace senza aiuto
- 1. capace, ma richiede più di un tentativo
- 2. capace al primo tentativo

**4. equilibrio nella stazione eretta (primi 5 sec.)**

- 0. instabile (vacilla, muove i piedi, marcate oscillazioni del tronco)
- 1. stabile ma a base larga (i malleoli mediali distano più di 10 cm. fra loro)
- 2. stabile a base stretta senza supporto

**5. equilibrio nella stazione eretta prolungata (0,1,2)**

- 0. instabile (vacilla, muove i piedi, marcate oscillazioni del tronco)
- 1. stabile ma a base larga (i malleoli mediali distano più di 10 cm. fra loro)
- 2. stabile a base stretta senza supporto

**6. romberg**

- 0. instabile
- 1. stabile

**7. romberg sensibilizzato**

- 0. incomincia a cadere
- 1. oscilla, ma si ripiglia da solo
- 2. stabile

**8. girarsi di 360°**

- 0. a passi discontinui
- 1. a passi continui
- 0. instabile
- 1. stabile

**9. sedersi**

- 0. insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia)
- 1. usa le braccia o ha un movimento discontinuo
- 2. sicuro, movimento continuo

**PUNTEGGIO A:**

**non eseguibile (1/16)** \_\_\_\_\_

B. Andatura: il paziente sta in piedi di fronte al rater; cammina lungo il corridoio o attraverso la stanza all'inizio con il suo asso usuale, poi con un passo rapido, ma sicuro. Può utilizzare gli abituali ausili per il cammino.

Se il soggetto non deambula, il punteggio è 0.

10. inizio della deambulazione

- 0. una certa esitazione o più tentativi
- 1. nessuna esitazione

11. lunghezza ed altezza del passo

Piede destro:

- 0. durante il passo il piede destro non supera il sinistro
- 1. durante il passo il piede destro supera il sinistro
- 0. durante il passo il piede destro non si alza completamente dal pavimento
- 1. durante il passo il piede destro si alza completamente dal pavimento

Piede sinistro:

- 0. durante il passo il piede sinistro non supera il destro
- 1. durante il passo il piede sinistro supera il destro
- 0. durante il passo il piede sinistro non si alza completamente dal pavimento
- 1. durante il passo il piede sinistro si alza completamente dal pavimento

12. simmetria del passo

- 0. il passo destro e quello sinistro non sembrano uguali
- 1. il passo destro e quello sinistro sembrano uguali

13. continuità del passo

- 0. interrotto o discontinuo
- 1. continuo

14. traiettoria

- 0. marcata deviazione
- 1. lieve e moderata o uso di ausili
- 2. assenza di deviazione e uso di ausili

5. tronco

- 0. marcata oscillazione o uso di ausili
- 1. nessuna oscillazione, ma flessione delle ginocchia, della schiena o allargamento delle braccia durante il cammino
- 2. nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia o ausili

6. cammino

- 0. i talloni sono separati
- 1. i talloni quasi si toccano

**PUNTEGGIO B:**

**non eseguibile (1/12)** \_\_\_\_\_

**PUNTEGGIO TOTALE (A + B)** \_\_\_\_\_

**MANUALE ORGANIZZATIVO AGGIORNATO AL MARZO 2008**

<b>PROSPETTO RIEPILOGATIVO CONTENZIONI STRUTTURA ASSISTENZIALE</b>								
<b>COGNOME/NOME</b>	<b>spondine</b>	<b>cintura letto</b>	<b>cintura poltrona carrozzina</b>	<b>tavolino</b>	<b>fascia pelvica</b>	<b>bracciale</b>	<b>rilevatore uscite</b>	<b>Bretelle</b>
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>