

La procedura di ammissione

La richiesta d'ingresso al Centro Servizi viene seguita dall'Assistente Sociale.

Per gli ospiti in regime privato deve essere fatta **richiesta esplicita** di ammissione nella lista d'attesa del Centro Servizi "Città di Rovigo".

La procedura di ingresso

La Direzione del Centro Servizi è disponibile per dare le principali notizie sulle procedure e sui servizi offerti dalla struttura.

I documenti da produrre al momento dell'ingresso sono:

- ❖ "certificato medico" compilato dal medico di medicina generale;
- ❖ risultato degli esami di laboratorio riguardanti i markers dell'epatite B e C;
- ❖ risultato degli esami di laboratorio riguardanti i markers del virus HIV
- ❖ documento di riconoscimento in corso di validità;
- ❖ tessera sanitaria in formato magnetico con relativo codice fiscale;
- ❖ tesserino di esenzione del pagamento del ticket;
- ❖ fotocopia del verbale della visita collegiale per il riconoscimento di invalidità civile ed accompagnamento;
- ❖ fotocopia del verbale rilasciato dalla Pretura in caso di inabilitazione e interdizione dell'ospite;
- ❖ dichiarazione di assenso sul trattamento dei dati personali sanitari.
- ❖ alla documentazione va allegata una foto.

Al momento dell'ingresso, l'ospite, o chi per lui, è tenuto a fornire i propri dati anagrafici, i nomi e gli indirizzi di familiari o conoscenti ai quali l'Amministrazione potrà rivolgersi in caso di necessità.

L'ospite, o i familiari, è tenuto inoltre a collaborare, fornendo la documentazione relativa alla sua storia sanitaria.

L'ingresso e la valutazione della persona

Gli ingressi delle persone nella struttura vengono effettuati dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi. Di norma hanno luogo di mattina, entro le ore 11,00.

Al momento dell'ingresso verrà effettuata una valutazione preliminare. La valutazione verrà effettuata attraverso un colloquio con i familiari della persona che viene accolta al fine di individuare le sue abitudini e i suoi bisogni socio sanitari.

Nei primi giorni di presenza, il personale fornirà tutte le notizie affinché l'ospite possa formarsi un adeguato quadro di riferimento dei servizi offerti, con particolare riguardo a:

- ❖ le figure professionali che operano nella struttura e come riconoscerle
- ❖ a chi rivolgersi per le diverse necessità
- ❖ la configurazione e l'utilizzo dei luoghi interni ed esterni della Casa
- ❖ gli orari quotidiani (alzata, colazione, pranzo, riposo pomeridiano, merenda, cena)
- ❖ le attività di animazione
- ❖ la possibilità di depositare denaro ed effetti personali di valore presso la segreteria amministrativa

Decorso un adeguato periodo di osservazione della persona accolta (circa 20 - 30 giorni), l'équipe multidisciplinare, previa valutazione multidimensionale, redigerà un Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.).

P.A.I. (Piano di Assistenza Individuale)

La stesura di un PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE (P.A.I.), verificabile attraverso la compilazione di un documento cartaceo, implica un processo che inizia con l'inserimento di un nuovo ospite e presuppone una modalità multi-interdisciplinare di lavoro tra le varie figure professionali.

Il P.A.I. è uno strumento di sintesi, rappresenta un progetto globale sulla persona che deriva da:

- ❖ aspetti clinico - sanitari di competenza medica;
- ❖ valutazione dei bisogni assistenziali di competenza dell'Infermiere Professionale e dell'OSS;
- ❖ valutazione dei bisogni personali, di relazione, socializzazione e riabilitazione di competenza delle figure professionali, lo Psicologo, il Logopedista, il Fisioterapista e l'Educatore Professionale;
- ❖ il P.A.I. inizia con l'inserimento dell'ospite in casa di riposo, prima o al momento stesso dell'ingresso, attraverso un colloquio in cui vengono raccolte informazioni di ordine:
 - sanitario
 - assistenziale
 - psico-sociale, in riferimento alla storia personale, alle inclinazioni e alle aspettative.

L'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE, formata da *Medico, Infermiere, Coordinatore, Fisioterapista, Educatore, Logopedista, Psicologo, e Assistente Sociale* considera le informazioni raccolte e ne porta a conoscenza tutto il personale che si occupa di assistenza. Segue un periodo di osservazione e di conoscenza dell'ospite, definito nel tempo da 10 giorni ad un mese durante il quale il personale, ognuno per le proprie competenze professionali, raccoglie elementi sull'ospite e sui familiari ed annota quanto emerge. Trascorso questo periodo viene stilato un progetto terapeutico riabilitativo di assistenza, dove gli obiettivi individuali devono essere misurabili, essendo soggetti a verifica periodica. Occorre quindi identificare gli *indicatori* che permettono di valutare, alle scadenze prefissate, il raggiungimento degli obiettivi o degli interventi ipotizzati.

Il P.A.I. viene discusso almeno ogni 6 mesi e ogni qualvolta una situazione si modifica e altera in qualche modo le necessità assistenziali dell'ospite.

L'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE concorda un calendario con incontro settimanale. Nella nostra organizzazione abbiamo individuato come referente per il P.A.I. coordinatore socio-sanitario e/o assistente sociale. Questa figura professionale raccoglie tutte le informazioni dallo staff, in particolare dal coordinatore, partecipa alla riunione P.A.I., redige il verbale e trasmette al personale di assistenza quanto emerso. Il materiale cartaceo è sempre a disposizione di qualsiasi figura professionale che si occupi di assistenza. La stesura definitiva del P.A.I. viene comunicata all'ospite e alla famiglia che viene così resa partecipe del lavoro del personale e degli obiettivi raggiunti dai propri congiunti. Nell'eventualità di un trasferimento presso un'altra struttura, viene redatta una "Valutazione alla Dimissione" che, insieme alla documentazione clinica, accompagnerà l'ospite nella nuova casa.