



FONDAZIONE  
SACRA FAMIGLIA  
ONLUS

***CARTA DEI SERVIZI DELLE  
RSA APERTA  
FIUALE DI INTRA  
ANNO 2020***

Filiale di Intra Verbania – Via Pippo Rizzolio 8 – 28921 Intra Verbania (VB)  
Tel. 0323/40.23.49 fax 0323/40.45.81

Emessa il 02/01/2020

**CARTA DEI SERVIZI DELLE RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI  
DELLA FONDAZIONE ISTITUTO SACRA FAMIGLIA  
FILIALE DI INTRA VERBANIA**

La definizione e la pubblicazione delle Carte dei Servizi costituiscono requisito organizzativo obbligatorio. Devono essere annualmente aggiornate.

La Carta dei Servizi deve costituire uno strumento d'informazione veloce e flessibile. Il formato utilizzato consente un aggiornamento ed una diffusione in tempi rapidi.

**INDICE**

1. Definizione
2. Finalità e obiettivi
3. Utenti
4. Status giuridico
5. Prestazioni erogabili al domicilio
6. Ripartizione dei costi
7. Modalità di presa in carico
8. Organizzazione del personale e figure professionali presenti

## **1. DEFINIZIONE**

La Residenza Sanitaria Assistenziale per Anziani Aperta è una misura che comporta la flessibilizzazione della RSA per una presa in carico integrata della persona, in una logica di multiservizi, interventi di sostegno alla domiciliarità, erogabili sia all'interno della struttura, sia presso l'abitazione della persona in ottica di mantenimento e miglioramento del benessere di persone anziane fragili affette da demenza/Alzheimer o altre patologie di natura psicosociale.

Si tratta di una tipologia di offerta sperimentale che prevede interventi sanitari al domicilio da parte delle Residenze Sanitarie Assistenziali accreditate con il Servizio Sanitario Regionale.

## **2. FINALITA' E OBIETTIVI**

La finalità è "il prendersi cura" della persona e perseguire il miglior livello possibile di qualità della vita. Il rispetto della personalità, la socializzazione, il mantenimento e il recupero delle capacità psicofisiche, sono quindi assicurati in un ambiente con elevate garanzie di sicurezza e tutela.

In coerenza col livello di fragilità della persona anziana vengono garantiti:

- Interventi e prestazioni a sostegno della persona/famiglia anche domicilio
- Interventi medico anche a domicilio
- Interventi infermieristici e riabilitativi anche a domicilio
- Interventi di addestramento dell'assistente/badante della persona o le familiare accudente
- Interventi di ricovero residenziale
- Assistenza di base al domicilio

## **3. UTENTI**

La misura della RSA Aperta risponde ai bisogni di persone affette da demenza o non autosufficienza ultra sessantacinquenni, nonché per il caregiver/famigliare che quotidianamente le assistono, che presentano condizioni sanitarie e socio-sanitarie tali da poter procrastinare, almeno temporaneamente, l'istituzionalizzazione in RSA con interventi al domicilio riconosciuti in sede di valutazione UVG.

#### **4. STATUS GIURIDICO**

Con la delibera n. 34-3309 del 16 maggio 2016 la Regione Piemonte rimodula l'offerta degli interventi sanitari domiciliari a favore di anziani non autosufficienti. La Fondazione aderisce al progetto stipulando un contratto con l'ASL VCO.

#### **5. PRESTAZIONI EROGABILI AL DOMICILIO**

La RSA Aperta è un'evoluzione flessibile degli interventi erogabili dalle RSA in una logica di multiservizi per una presa in carico della persona al proprio domicilio.

Gli interventi forniti dall'RSA Aperta sono:

- prestazioni ed attività di mantenimento e di riattivazione psicofisica, motoria e neuromotoria.
- Assistenza tutelare (OSS)
- Prestazioni infermieristiche
- Consulenza/prestazioni di personale medico specialistico
- Consulenze/prestazioni Assistente Sociale

In aggiunta agli interventi sopraelencati è possibile attivare anche altri interventi quali:

- attività di consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico
- addestramento del familiare/care giver
- supporto alla gestione delle dialisi peritoneali al domicilio

L'Ente propone, per un'efficace presa in carico dell'Ospite la metodologia del "CASE MANAGEMENT":

Il CASE MANAGER, coordinatore del caso, è scelto all'interno dell'equipe multidisciplinare (Medico, Infermiere Professionale, Fisioterapista, Educatore, A.S.A.) in base al bisogno prevalente identificato dall'equipe stessa. Pianifica gli interventi necessari al soddisfacimento dei bisogni identificati, coinvolgendo l'equipe multidisciplinare a sua disposizione, secondo un mix personalizzato.

Allo stesso modo avrà il compito di orientare/accompagnare l'utente/famiglia verso l'attivazione di percorsi integrati all'interno della rete dei servizi socio sanitari del territorio, promuovendo e sostenendo la domiciliarità.

Le attività sopra elencate sono definite nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)

## **6. RIPARTIZIONE DEI COSTI**

Il valore economico mensile a carico del Servizio Sanitario Regionale è predisposto secondo diversi profili di intensità indicati nel PAI.

- Bassa intensità max 500 euro mensili
- Media intensità max 600 euro mensili
- Alta intensità max 700 euro mensili

Ulteriori informazioni possono essere richieste al personale della Segreteria della Filiale.

## **7. MODALITA' DI PRESA IN CARICO**

Le richieste di ammissione devono essere presentate al Servizio Sociale di competenza dell'ASL, mediante la compilazione dell'apposita modulistica.

La domanda, compilata e sottoscritta dal Richiedente e/o dal suo Legale Rappresentante o dal Familiare, integrata da altra documentazione ritenuta significativa, è accolta e valutata dall'Unità Valutativa Geriatrica (UVG) e inserita in una graduatoria dell'ASL VCO.

L'esito della domanda è comunicato all'utente (legale rappresentante, famiglia e/o Ente Locale) al Medico di Medicina Generale e all'Ente Gestore dalla segreteria dell'UVG.

La U.V.G. gestisce direttamente la lista d'attesa.

Il Case Manager della R.S.A Aperta recepisce la documentazione predisposta dall'UVG, con verifica del PAI ed eventuale sua ridefinizione a seconda dei bisogni attuali dell'anziano non autosufficiente.

## **8. ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE E FIGURE PROFESSIONALI PRESENTI**

L'equipe multi professionale messa a disposizione dalla nostra Fondazione per il per Domiciliare è così costituita:

- Medico
- Infermiere
- Terapista della riabilitazione
- Assistente Sociale

- OSS

L'equipe predispone il PAI su base mensile entro 5 giorni lavorativi dall'attivazione dell'intervento sulla base del Progetto Individuale trasmesso dall'UVG.

FONDAZIONE ISTITUTO SACRA FAMIGLIA  
Filiale di Intra Verbania  
Via Pippo Rizzolio 8 – 28921 Intra Verbania (VB)  
Tel. 0323/40.23.49 fax 0323/40.45.81


[dir.verbania@sacrafamilia.org](mailto:dir.verbania@sacrafamilia.org)



# ***ALLEGATI***



 modulo segnalazioni

 questionario tipo per rilevazione soddisfazione  
( **da non compilare** )



### MODULO PER SEGNALAZIONI E SUGGERIMENTI ALLA DIREZIONE

La Fondazione Istituto Sacra Famiglia intende rendere la permanenza dell'Utente ricoverato presso la nostra struttura, la più serena e confortevole possibile.

Il presente modulo è uno degli strumenti per raggiungere questo obiettivo; con esso Utenti e loro Familiari possono far conoscere alla Direzione dell'Ente, anche in forma anonima, eventuali problemi riscontrati, fare reclami, segnalare disservizi, fornire suggerimenti e proposte.

Il presente modulo va consegnato in portineria, in busta chiusa, perché venga trasmesso al Direttore di Filiale, il quale si impegna a convocare il firmatario per fornirgli risposta entro 30 giorni dalla ricezione.

Alla Cortese attenzione  
del Direttore di Filiale

Il/la Sottoscritto/a .....

Utente dell'Unità .....

(oppure) grado di parentela .....

del/della Sig./Sig.ra .....

degente presso l'Unità Operativa .....

ritiene utile portare a Sua conoscenza quanto segue:

.....  
.....  
.....  
.....

data .....

firma .....

Ai sensi della legge n. 196/03 autorizzo la Fondazione Istituto Sacra Famiglia al trattamento dei dati personali di cui sopra.

data .....

firma .....



**QUESTIONARIO SULLA SODDISFAZIONE DELL'UTENTE/ DEL FAMILIARE/TUTORE**

- SEDE DI**  CESANO BOSCOONE  
 SETTIMO MILANESE  
 SEDI LECCHESI  
 COQUIO TREVISAGO

**MESE DI COMPILAZIONE**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

**ANNO DI COMPILAZIONE**

2018	2019	2020	2021	2022	2023
------	------	------	------	------	------

**SERVIZIO**

- PSICOLOGO  
 SCIENZE MOTORIE  
 INFERMERISTICO  
 PSICOM/LOGOPEDIA  
 FISIOTERAPIA  
 VISITA SPECIALISTICA  
 ASA/OSS  
 EDUCATORE

**DATI STATISTICI - Esprimere una sola preferenza**

<p><b>ETA'</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0 - 10 ANNI  <input type="checkbox"/> 11 - 18 ANNI  <input type="checkbox"/> 19 - 30 ANNI  <input type="checkbox"/> 31 - 40 ANNI  <input type="checkbox"/> 41 - 50 ANNI  <input type="checkbox"/> 51 - 60 ANNI  <input type="checkbox"/> 61 - 70 ANNI  <input type="checkbox"/> 71 - 80 ANNI  <input type="checkbox"/> 81 - 90 ANNI  <input type="checkbox"/> OLTRE 90 ANNI</p>	<p><b>DA QUALE PATOLOGIA E' AFFETTO</b></p> <p><input type="checkbox"/> ORTOPEDICA  <input type="checkbox"/> NEUROLOGICA  <input type="checkbox"/> ALTRO</p> <p><b>DA QUANTO TEMPO E' IN CARICO AL SERVIZIO</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0 - 3 MESI  <input type="checkbox"/> 0 - 6 MESI  <input type="checkbox"/> 6 - 12 MESI  <input type="checkbox"/> OLTRE 12 MESI</p>	<p><b>SESSO</b></p> <p><input type="checkbox"/> MASCHIO  <input type="checkbox"/> FEMMINA</p> <p><b>COME E' VENUTO A CONOSCENZA DEL SERVIZIO</b></p> <p><input type="checkbox"/> ASST  <input type="checkbox"/> CONOSCENTI/ AMICI  <input type="checkbox"/> INTERNET  <input type="checkbox"/> MEDICO DI BASE  <input type="checkbox"/> MEDICO DI MED. GENERALE  <input type="checkbox"/> PEDIATRA DI LIBERA SCELTA  <input type="checkbox"/> ALTRO  <input type="checkbox"/> COMLINE</p>
--	---	---

La preghiamo di compilare con attenzione le seguenti voci, **annerendo i pallini** (come nel seguente esempio) corrispondenti al punteggio che meglio esprime il Suo giudizio relativo all'ultimo anno.



1 = Per niente  $\longleftrightarrow$  4 = Molto 0= non valutabile

A	QUALITA' DELLE RELAZIONI	1	2	3	4	0
1	Ritiene che l'atteggiamento del personale sia professionale ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Ritiene che l'atteggiamento del personale sia cortese?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B	PROCESSI COMUNICATIVI	1	2	3	4	0
1	I Professionisti provvedono ad aggiornarla in merito al programma di cura o di riabilitazione in sede di prima visita e durante la presa in carico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Ritiene che le informazioni ricevute siano state chiare ed adeguate ai suoi bisogni?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C	QUALITA' DELL'INTERVENTO DI CURA E DI RIABILITAZIONE	1	2	3	4	0
1	E' soddisfatto di come è stato curato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Come valuta l'esito dell'intervento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*	rispetto agli obiettivi raggiunti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*	rispetto ai suoi bisogni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	E' soddisfatto del servizio che Le è stato offerto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Gli operatori sono stati in grado di spiegarLe in modo comprensibile le modalità del trattamento attraverso esercizi, posture, medicazioni, attività etc...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nei riquadri sottostanti si prega di scrivere solo ed esclusivamente negli appositi spazi bianchi

**D QUALITA' COMPLESSIVA DEL SERVIZIO**

Qual è l'aspetto del servizio che ritiene più positivo e gradito

**non compilare!**

A	B	C
D	E	F
G	H	I
L	M	N

Qual è l'aspetto del servizio che ritiene più negativo e meno gradito

**non compilare!**

A	B	C
D	E	F
G	H	I
L	M	N

**ALTRE OSSERVAZIONI E/O SUGGERIMENTI**

**non compilare!**

A	B	C
D	E	F
G	H	I
L	M	N

*GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE*