

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA



Centro U nico Riabilitativo Assistenza le Educativo

PROTOCOLLO PER L'ASSISTENZA PRIVATA



APPROVAZIONE	PROTOCOLLO ASSISTENZA PRIVATA	REVISIONE 01
Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 16 dd. 03.03.2026		Data della Revisione: 01
		Causale della Revisione: aggiornamento

Sommario

Art. 1 – Indicazioni generali	3
Art. 2 – Autorizzazione	3
Art. 3 – Attività	3
Art. 4 – Responsabilità	3
Art. 5 – Comportamento	3
Art. 6 – Allontanamento	4
ALLEGATO 1) MODELLO	5

Art. 1 – Indicazioni generali

L'APSP Levico Curae riconosce alle persone accolte presso i servizi residenziali (Residenza Sanitaria Assistenziale – RSA, Centro Residenziale per Disabili – CRD, Abitare Accompagnato) il diritto di attivare in proprio un'assistenza privata personalizzata.

L'assistenza privata è svolta da una persona non avente vincoli di parentela con il residente e deve essere considerata come un supporto assistenziale e relazionale alla persona, che si aggiunge ed integra, ma non sostituisce, le prestazioni rese dall'Azienda in favore dei residenti.

Essa deve armonizzare il proprio intervento con le procedure e le prassi operative in uso presso l'Azienda, nel rispetto delle indicazioni sanitarie, sociali ed assistenziali impartite dai Responsabili dei servizi e degli orari e dei tempi programmati per l'effettuazione delle prestazioni quotidiane di cura e assistenza (visite mediche, prestazioni sanitarie, igiene, pasti, bagno assistito, ecc.).

Art. 2 – Autorizzazione

Il residente o il familiare/persona referente in nome e per conto dello stesso comunica per iscritto su modello predisposto (allegato 1) il nominativo della persona autorizzata e le attività per le quali essa è stata incaricata, secondo quanto indicato all'art. 1, ed i giorni e le ore di presenza nell'arco della settimana. Devono altresì essere comunicate la sua eventuale sostituzione o la revoca dell'autorizzazione.

Qualora la persona autorizzata intenda indossare una divisa la stessa dovrà essere del colore stabilito dall'Azienda al fine di distinguerlo da quello delle divise del personale dipendente. Alla stessa verrà fornita dall'Azienda una targhetta di riconoscimento e identificazione recante il nome e il cognome della persona e la dicitura "ASSISTENTE", da portare nel periodo di presenza nella struttura.

Art. 3 – Attività

Le attività consentite all'Assistente esterno riguardano essenzialmente la sfera relazionale e si possono concretizzare in attività di compagnia, conversazione, lettura, gioco e attività manuali, deambulazione, accompagnamento in passeggiate o gite e altre attività che possano contribuire a migliorare la vita relazionale e sociale della persona residente assistita. Non possono in alcun caso essere prestate attività assistenziali di esclusiva competenza del personale dipendente dell'Azienda. Su richiesta del residente o del familiare/persona referente, l'assistente potrà, previo accordo con il Medico e l'infermiere di nucleo e dopo aver ricevuto formazione appropriata, aiutare il residente ad assumere il pasto: ciò dovrà avvenire nel rispetto delle norme igieniche, delle disposizioni dietetiche previste e delle condizioni cliniche della persona. Al fine di garantire la tutela della salute degli altri residenti, è vietato distribuire o somministrare cibo e bevande.

Art. 4 – Responsabilità

Le attività di assistenza privata sono svolte sotto la propria diretta responsabilità del residente o familiare/persona referente. L'Azienda non risponde per eventuali danni subiti dalla persona assistita, o a cose ad essa appartenenti, per qualsiasi causa, durante le ore di presenza dell'Assistente esterno. A tal fine il residente o il familiare referente in nome e per conto dello stesso rilascia per iscritto, prima dell'inizio dell'attività, apposita liberatoria di responsabilità.

Art. 5 – Comportamento

Gli Assistenti esterni durante la loro attività sono tenuti a mantenere sempre un comportamento rispettoso della riservatezza, della dignità e dei bisogni della persona assistita e degli altri residenti.

Devono inoltre ispirare la propria azione a principi di massima trasparenza, correttezza e collaborazione con il personale dell'Azienda.

Art. 6 – Allontanamento

L'Azienda si riserva la facoltà di allontanare in qualunque momento gli Assistenti esterni che assumano comportamenti o atteggiamenti non conformi a quanto previsto dal presente protocollo o comunque giudicati non idonei nei confronti dei residenti, del personale o di altri soggetti operanti all'interno dell'A.P.S.P. (volontari, familiari, altri accompagnatori), dandone comunicazione al residente stesso ed al familiare /persona referente.

ALLEGATO 1) MODELLO

Spettabile
 AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA
 Levico CURAE
 Via Cavour, n. 65

Oggetto: Comunicazione autorizzazione all'assistenza privata.

Il/la sottoscritto/a _____, residente presso codesta Azienda P.S.P. (Servizio RSA – CRD – Abitare Accompagnato)

o p p u r e

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di familiare referente / tutore / Amministratore di sostegno del/la Sig./a _____, residente presso codesta Azienda P.S.P. (Servizio RSA – CRD – Abitare accompagnato), (*)

c o m u n i c a

con la presente che le persone di mia fiducia sottoindicate:

sono da me autorizzate a prestarmi / a prestare al residente sopra nominato le seguenti attività:

nel rispetto delle norme regolamentari e dell'organizzazione vigenti presso l'Azienda P.S.P., nei giorni e nelle ore di seguito indicati:

† lunedì	dalle _____ alle _____	† venerdì	dalle _____ alle _____
† martedì	dalle _____ alle _____	† sabato	dalle _____ alle _____
† mercoledì	dalle _____ alle _____	domenica	dalle _____ alle _____
† giovedì	dalle _____ alle _____		

d i c h i a r a

- di aver preso visione del "Protocollo per l'assistenza privata" in vigore codesta Azienda P.S.P. e di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) l'eventuale sostituzione della persona autorizzata o la revoca dell'autorizzazione;
- di sollevare l'Amministrazione dell'A.P.S.P. Levico Curae da qualsiasi responsabilità per danni subiti dalla persona assistita o da cose ad essa appartenenti, per qualsiasi causa, durante le ore di presenza del/degli Assistente/i sopra indicato/i.

 firma

Levico Terme _____

(*) Cancellare le ipotesi che non interessano.