

DOCUMENTO ORGANIZZATIVO E GESTIONALE (DGR 2569/2014)

ANNO 2024-26

Approvata dal Cda in data 26 marzo 2024

Il Presidente
Avv.to Alberto V. Fedeli



INQUADRAMENTO ISTITUZIONALE

La Fondazione Sant'Erasmus, antica istituzione di carità di Legnano, intende illustrare col presente documento la natura e le caratteristiche del proprio ente, descrivendone finalità, organizzazione e principi ispiratori della gestione del personale e i rapporti con i fornitori. Il contenuto del documento si integra con quello di altri tre documenti ufficiali, lo *Statuto*, carta fondante dal punto di vista giuridico, il *Codice Etico*, documento autonomo nel quale sono definiti i principi di etica sociale cui la Fondazione Sant'Erasmus si ispira nella conduzione delle proprie attività e nell'erogazione dei propri servizi, ed il *Modello di organizzazione, gestione e controllo* ai sensi del D.lgs. 231/01.

ORIGINE DELL'OSPIZIO SANT'ERASMO E SUOI PRINCIPI ISPIRATORI

La Fondazione Sant'Erasmus è la prosecuzione storica e ideale dell'Ospizio di Sant'Erasmus, la più antica opera legnanese di beneficenza ed accoglienza, le cui radici affondano nel Medioevo. Nato alla fine del XIII secolo come opera di carità dedicata all'assistenza dei pellegrini diretti verso Roma o i porti d'imbarco per la Terra Santa, nei secoli successivi l'Ospizio, od *hospitale* di Sant'Erasmus, diviene luogo di accoglienza di vecchi e infermi. L'opera pia distribuiva anche pane e vino agli indigenti del borgo di Legnano pur non ricoverati; inoltre accoglieva bambini appena nati ed esposti, cioè, abbandonati dai loro genitori.

L'ente non ha soci fondatori in quanto la sua costituzione, pur realizzata storicamente da una persona concreta (Fra' Bonvesin de la Riva), avviene come espressione di una volontà condivisa di assistenza e beneficenza caratteristica della storia religiosa e civile del nostro territorio, pertanto priva di soci proprietari; con l'unità d'Italia viene costituita in IPAB – Istituto Pubblico di Assistenza e Beneficenza, dotato di autonoma personalità giuridica e di patrimonio, amministrato da persone nominate dal Sindaco della città di Legnano. Cambia quindi la forma giuridica in Fondazione di natura privata in virtù della Legge regionale 1/2003; la nomina degli amministratori è prerogativa del Sindaco della città di Legnano, con possibilità di nomina anche di partecipanti e partecipanti istituzionali.

La sua specifica vocazione è oggi quella di essere **ricovero assistenziale** per anziani non più autosufficienti. Il suo territorio di riferimento, come da vocazione storica, è costituito dalla città di Legnano e dai comuni limitrofi. Con lo sviluppo dei bisogni della comunità e delle normative, il perimetro delle attività assistenziali erogate dalla Fondazione si sta aprendo anche al domicilio delle persone anziane, in un'ottica di presa in carico unitario del bisogno della persona anziana.

I principi cui si ispira nella conduzione delle proprie attività e nell'erogazione dei propri servizi sono riconducibili all'**ideale**, profondamente cristiano, di **accoglienza del bisogno e della fragilità umana**, ponendo al centro del proprio interesse ed attività la persona umana e la sua dignità inviolabile.

In un senso ampio e profondo del termine, la caratteristica distintiva del Sant'Erasmus consiste innanzitutto nel suo **personale**, che si dedica, direttamente o indirettamente, alla cura delle persone bisognose.

IL NUOVO STATUTO E L'ADESIONE AL RUNTS

Sino alla primavera 2022 la Fondazione è stata retta da un Consiglio di Amministrazione composto da cinque membri nominati dal Sindaco di Legnano.

In data 25 febbraio 2022 è stato approvato il nuovo Statuto che costituisce la premessa per l'adesione della Fondazione al RUNTS - Registro Unico Nazionale del Terzo Settore secondo il procedimento notarile di cui all'art. 22 del Codice del Terzo Settore e agli artt. 15 - 17 del DM n. 106/2020. L'adesione al Terzo settore garantisce una piena aderenza della Fondazione alla sua "mission" originaria caratterizzata dallo spirito di servizio e dall'assenza di scopi di lucro. Inoltre, l'iscrizione al RUNTS consente di avvalersi del regime fiscale riservato agli Enti del Terzo Settore non commerciali e, in particolare, alle ex IPAB svolgenti attività di interesse generale (servizi e prestazioni sociali, sanitarie e sociosanitarie) e di essere soggetto abilitato a partecipare alle coprogrammazioni e alle coprogettazioni con gli enti pubblici secondo il modello dell'"Amministrazione condivisa" previsto dall'art. 55 del Codice del Terzo Settore. Tale regime considera "non commerciali" le già menzionate attività al soddisfacimento di due condizioni gestionali, ovvero l'obbligo di reinvestimento degli utili e l'assenza di compensi per il Consiglio di amministrazione.

SISTEMA DI GESTIONE DEI SERVIZI

La Fondazione gestisce una RSA con capacità ricettiva superiore agli ottanta posti letto e una capacità contrattuale complessiva in ambito sociosanitario pari o superiore a ottocentomila euro annui a carico del fondo sanitario regionale lombardo, pertanto, in ottemperanza alla normativa e regole regionali applicabili agli enti gestori di servizi sociosanitari accreditati e contrattualizzati con ATS, si è adeguato a quanto previsto dal decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 (*Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'articolo 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300*), adottando il relativo modello organizzativo e il codice etico. Inoltre, ai sensi dell'articolo 6 del citato decreto legislativo, provvede alla nomina dell'organismo di vigilanza dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo. Il soggetto gestore rende pubblico il proprio codice etico utilizzando il proprio sito web.

Come prescritto dalle regole di sistema per i servizi sociosanitari e dai contratti con ATS, il soggetto gestore attesta annualmente, entro fine febbraio, con dichiarazione sostitutiva di atto notorio resa dal legale rappresentante o dai procuratori speciali:

- l'adozione del codice etico comportamentale;
- la nomina dell'organismo di vigilanza, con l'identificazione dei componenti e la descrizione delle loro qualifiche;
- l'avvenuta formazione e informazione al proprio personale sulla materia;
- l'avvenuta acquisizione della relazione annuale dell'organismo di vigilanza.

Per soddisfare i requisiti del D.lgs. 231 del 8-6-2001, l'Ente ha introdotto al suo interno il Modello Organizzativo e Gestionale e il Codice Etico idonei a prevenire reati/illeciti commessi o tentati nell'interesse o a vantaggio dell'Ente, da parte degli amministratori, dei dipendenti o da parte di qualsiasi altro interlocutore che abbia rapporti con lo stesso. La Direzione ha definito e diffuso a tutti i dipendenti, clienti e fornitori il CODICE ETICO aziendale con la finalità di rispettare i principi etici adottati dall'Ente. I modelli sono stati approvati dal Consiglio di amministrazione.

GLI ORGANI ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE

Organo decisionale della Fondazione è il **Consiglio di amministrazione**.

Il nuovo Statuto è in vigore dal 25 febbraio 2022 e prevede che il CdA sia costituito da 5 componenti di cui:

- n. 2 nominati dal Sindaco del Comune di Legnano di cui uno scelto tra persone con esperienza in enti non profit e del terzo settore con sede e/o operanti nel Comune di Legnano
- n. 1 nominato dal Parroco della Parrocchia di San Magno, sentiti i parroci della Città di Legnano
- n. 1 nominato dalla Fondazione Comunitaria Ticino Olona
- n. 1 nominato dai dipendenti della Fondazione, secondo modalità stabilite in apposito regolamento di funzionamento della governance.

Essi rimangono in carica cinque anni.

In data 11 luglio 2022 si è insediato il nuovo CdA così costituito:

- Avv. Alberto Vittorio Fedeli nominato dal Sindaco di Legnano, scelto tra persone con esperienza in enti non profit e del terzo settore
- Dott.ssa Marina Gusmeri nominata dal Sindaco di Legnano
- Avv. Riccardo Pagliuca nominato dal Parroco di San Magno per conto dei parroci della città di Legnano
- Manuela Pisoni nominata dai lavoratori della Fondazione Sant'Erasmus ETS
- Dott.ssa Stefania Pozzati nominata dalla Fondazione Comunitaria Ticino Olona

Il Consiglio di amministrazione stabilisce anno per anno le linee generali di sviluppo delle attività, approva il bilancio di previsione ed il bilancio di esercizio, approva gli obiettivi ed i programmi della Fondazione e verifica i risultati complessivi della gestione. Lo statuto dell'ente prevede nell'ambito del Consiglio di amministrazione la nomina di un Presidente, scelto tra i membri del Consiglio, che riveste la funzione di legale rappresentante e cura le relazioni con enti, istituzioni, imprese ed altri organismi anche al fine di instaurare rapporti di collaborazione e sostegno delle singole iniziative della Fondazione, sostituito dalla figura vicaria del Vicepresidente in caso di temporanea impossibilità all'esercizio delle sue funzioni.

Il nuovo Consiglio ha eletto **Presidente** l'avv. Alberto Vittorio Fedeli e la dottoressa Marina Gusmeri quale **Vicepresidente**.

Il Consiglio, secondo i nuovi indirizzi, è supportato da un **Organismo di controllo** e verifica contabile. L'organo di controllo esercita inoltre compiti di monitoraggio dell'osservanza delle finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, avuto particolare riguardo alle disposizioni legislative vigenti ed attesta che venga redatto il c.d. bilancio sociale strumento di informazione e di trasparenza per far conoscere le attività svolte e i risultati sociali conseguiti ad ogni esercizio dalla Fondazione Sant'Erasmus Ente del Terzo settore, in conformità alle disposizioni di legge. Il bilancio sociale dà atto degli esiti del monitoraggio svolto dall'organo di controllo. L'incarico di Organo di Controllo è attualmente ricoperto dall'avv. Francesca Mineo

L'incarico di **Revisore del Conto** è attualmente ricoperto dal dott. Corrado Quartarone.

Organo esecutivo della Fondazione è il **Direttore generale** È incaricato dell'attuazione delle deliberazioni approvate dal Consiglio di amministrazione, in particolare dei programmi e delle linee di sviluppo nell'ambito degli stanziamenti approvati; relativamente a questi ultimi ha piena autonomia decisionale, poteri di firma e di delega. Predisporre i budget previsionali, provvede alla gestione organizzativa ed amministrativa della Fondazione, alla organizzazione e promozione delle

singole iniziative, predispone i mezzi e gli strumenti necessari alla loro concreta attuazione e procede alla verifica dei risultati; provvede al coordinamento e alla gestione del personale. Dal 1° giugno 2017 la carica di Direttore Generale è ricoperta dal dott. Livio Frigoli.

I SERVIZI OFFERTI

LA MISSION

Con spirito di fedeltà ai valori originali, la Fondazione si propone fin dalla sua nascita di:

- prendersi cura di persone anziane non autosufficienti con l'intento di offrire loro prestazioni e servizi eccellenti, nel rispetto della libertà e dignità di ciascuno.
- accrescere la preparazione professionale dei dipendenti e sostenere le motivazioni personali di ognuno.

In attuazione delle indicazioni contenute nel nuovo Statuto (art. 3 comma 3) la Fondazione potrà svolgere in via esclusiva o principale le seguenti attività di interesse generale:

- Interventi e servizi sociali;
- Interventi e prestazioni sanitarie;
- Prestazioni sociosanitarie
- Formazione universitaria e post-universitaria
- Ricerca scientifica su temi di particolare interesse sociale, sociosanitario e assistenziale.
- Organizzazione e gestione di attività culturali, artistiche e ricreative di interesse sociale, incluse attività anche editoriali, per la promozione e diffusione di una cultura della solidarietà, del volontariato e delle attività sociali e sociosanitarie in favore degli anziani e dei fragili.
- Alloggi sociali e appartamenti protetti nonché, ogni altra attività di carattere residenziale diretto a soddisfare bisogni sociali o sanitari.
- Beneficenza, cessione gratuita di alimenti o prodotti di cui alla legge 19 agosto 2016 n. 166, erogazione di denaro, beni o servizi a sostegno di persone svantaggiate o di attività di interesse generale.

Come consentito dall'art. 4 dello Statuto e dall'art. 6 del Codice del Terzo Settore, la Fondazione, per il raggiungimento dei suoi scopi la Fondazione può svolgere attività diverse dalle attività di interesse generale, purché a carattere strumentale e secondario e compatibili con la sua natura di Fondazione e di Ente del Terzo Settore, e nei limiti consentiti dalla legge

I SERVIZI OFFERTI

Con determinazione n. 142 del 19 marzo 2007 la Fondazione è stata autorizzata in via definitiva alla gestione della **STRUTTURA RESIDENZIALE RSA** per 125 posti letto, suddivisi in 109 posti "ordinari" e 16 per persone malate di Alzheimer. Attualmente sono accreditati e a contratto con Regione Lombardia 120 posti letto, dei quali 16 per persone malate di Alzheimer.

A partire da marzo 2014 con l'adesione alla DGR 856/2013 sono stati erogati a titolo sperimentale servizi a domicilio di "RSA-APERTA". Con la DGR 7769/18 il servizio è stato inquadrato in via permanente nell'ambito dei servizi sociosanitari di Regione Lombardia. Annualmente la Regione definisce un budget di spesa che consente di erogare il servizio ad anziani residenti sul territorio (attualmente i fruitori del servizio sono circa un centinaio). Per il servizio di RSA aperta è stato sottoscritto nel 2023 il contratto di scopo per usufruire dei finanziamenti del PNRR Missione 6 secondo la D.G.R. n. XII/430 del 12/06/2023.

Con DGR. N. 881 del 28/9/2023 Regione Lombardia ha attestato il possesso dei requisiti di autorizzazione all'accREDITAMENTO dell'unità di Offerta **CURE DOMICILIARI**. Attualmente il servizio è in attesa di contrattualizzazione con la Regione.

Ulteriori servizi in corso:

- gestione dei **pasti a domicilio** per gli anziani segnalati dal Comune di Legnano (circa 90)
- **progetto "Cura Condivisa"** a favore di 25 anziani legnanesi in situazioni di povertà economica e/o relazionale.

I PRINCIPALI AMBITI D'AZIONE DEL TRIENNIO

Per il triennio 2024-26 la Fondazione si propone:

a) Dare continuità ai servizi residenziali

I servizi erogati attualmente sono, innanzitutto, i servizi di **accoglienza residenziale per anziani in condizioni di fragilità e/o non-autosufficienza**.

I principali destinatari dei servizi residenziali della RSA sono anziani non autosufficienti di età superiore ai 65 anni, ma, secondo la normativa regionale, viene considerata l'effettiva non autosufficienza, elemento concreto rispetto al quale deve essere valutata l'appropriatezza del ricovero a prescindere dall'età. Come accaduto nel recente passato, questo permette di accogliere anche persone in età inferiore ai 65 anni, in dimissione da strutture sanitarie o sociosanitarie in quanto non rispondenti ai criteri di ricovero previsti dalla normativa, ma bisognosi di assistenza residenziale in quanto non autosufficienti e privi di condizioni per un rientro al domicilio. In tali casi i ricoveri avvengono sempre in collaborazione con i servizi sociali dei comuni o enti pubblici sanitari. Il bacino dell'utenza è costituito da anziani del territorio di Legnano e dei comuni limitrofi, storicamente area di accoglienza dell'Ospizio, la cui vocazione come già detto non è comunale ma anche del territorio circostante. È prevista l'accoglienza di utenti residenti anche in altri territori, purché i parenti di riferimento risiedano nel legnanese.

Il target-obiettivo dei volumi di attività nell'anno è il pieno utilizzo dei posti disponibili ad appropriato vantaggio dell'utenza.

b) Sviluppare i servizi di medicina domiciliare

Il servizio **RSA aperta** è attualmente usufruito da:

- persone affette da demenza certificata;
- persone di età non inferiore a 75 anni non autosufficienti, riconosciuti invalidi civili al 100%, completamente dipendenti per le attività quotidiane.

Attualmente sono circa 100 gli utenti del servizio, con residenza a Legnano e dintorni. Essi beneficiano di interventi a domicilio che comprendono principalmente: assistenza alla persona, igiene personale, servizi riabilitativi, servizi educativi.

Il recente accREDITAMENTO del servizio **CURE DOMICILIARI (ex assistenza domiciliare integrata)** dovrebbe permettere, nel corso del 2024, di accedere al contratto di servizio avviando a pieno regime anche questo importante servizio.

c) Potenziare i servizi territoriali.

Nel corso del 2024 proseguirà (con scadenza nel maggio 2025) il progetto "Cura Condivisa" che la nostra Fondazione sta gestendo in qualità di capofila dell'aggregazione formata con AUSER; UILDM

e Associazione Amici del Sant'Erasmus. Il progetto beneficia di un contributo all'80% coperto dal contributo straordinario di Regione Lombardia e assicura la presa in carico di 25 anziani attraverso una pluralità di servizi sociali, sanitari e sociosanitari.

Il progetto punta altresì alla sperimentazione di best practices che favoriscano il coinvolgimento del volontariato e l'interlocuzione con agenzie territoriali preposte alla gestione dei servizi sul territorio: servizi sociali comunali, infermieri di comunità e nuove Case di comunità.

L'altro servizio sociale avviato negli ultimi anni riguarda un numero ristretto di utenti ai quali viene garantito a domicilio, attraverso le nostre ASA/OSS, il servizio sociale di assistenza per l'igiene personale e delle abitazioni.

Per il triennio 2024-26 si prevede di proseguire i servizi in corso puntando a verificare la possibilità di ulteriore estensione. In particolare, verranno valutate soluzioni e proposte riguardanti:

- il senior housing
- i servizi di prevenzione delle patologie cronico-degenerative
- le intese con enti/aziende per la valorizzazione dei servizi di screening
- il coinvolgimento del volontariato per l'erogazione di servizi gratuiti alla popolazione anziana locale in particolare a quella in condizioni di solitudine.

d) Ex-Accorsi

Nel corso del 2023 Fondazione Sant'Erasmus ha chiuso un'intesa preliminare con Fondazione San Carlo che, insieme alla coop. soc. Intrecci si è candidata al bando comunale per la gestione della ex-RSA Accorsi.

L'immobile è stato ristrutturato con i fondi ministeriali per il recupero delle periferie. L'intervento è stato realizzato dal Comune con la creazione di 34 appartamenti per alloggi temporanei e ampi spazi per servizi al territorio.

L'intesa stipulata prevede che la nostra Fondazione prenda in carico, nel contesto della destinazione sociale della struttura, i servizi di bar/ristorante finalizzati alla promozione di momenti di aggregazione e socializzazione.

Il bando comunale si è concluso favorevolmente e, nei prossimi mesi, si passerà alla fase operativa per la definizione degli accordi operativi.

Il CdA ha approvato il business plan che prevede un impegnativo intervento strutturale e un notevole sforzo gestionale. L'investimento richiesto è rilevante ed è dunque necessario assicurare la massima attenzione al fine di massimizzare i benefici riducendo costi e oneri

e) Pasti a domicilio

Nel corso del 2023 la Fondazione si è assicurata l'appalto del servizio pasti comunali (circa 90 utenti). Il servizio è stato conferito a titolo sperimentale e si chiuderà a maggio 2024. È prevista l'indizione di una nuova gara d'appalto a cui Fondazione intende candidarsi per assicurarsi una garanzia di continuità nei prossimi anni

Recentemente è stato anche acquisito il servizio di fornitura pasti (circa 15) al CSE di Castellanza.

Per il triennio 2024/26 si prevede di consolidare i servizi esistenti puntando, se possibile, ad estendere e potenziare i clienti sul territorio con priorità all'utenza sociale

f) Valorizzare il patrimonio immobiliare

Il patrimonio immobiliare della Fondazione necessita di una costante e quotidiana attenzione.

In primis va garantita l'efficienza e la funzionalità dello stabile di Via Ferraris che, per dimensioni e complessità, comporta un costante monitoraggio sotto il profilo manutentivo e gestionale.

Va inoltre ricordato che la Fondazione è proprietaria di diversi immobili – siti a Legnano, Milano e in Liguria - che necessitano di attenta e oculata gestione anche in un'ottica di valorizzazione e di messa a reddito.

g) Interventi di razionalizzazione gestionale

Il complesso processo di riordino della rete dei servizi sanitari e sociosanitari impone a tutti gli operatori una modernizzazione della propria organizzazione e una innovazione nella rete di offerta dei servizi.

L'ingresso sul mercato di grossi operatori multinazionali determina la necessità - per soggetti "minori" come la nostra Fondazione – di studiare soluzioni che permettano di assicurare la continuità aziendale senza gravare oltremisura sulle tariffe dei servizi.

Questo obiettivo è certamente favorito dal fatto che, a differenza di molti soggetti concorrenti, la nostra Fondazione non abbia come obiettivo la generazione di profitto. Però non sempre l'azzeramento degli utili, può garantire margini di competitività adeguati a "tener testa" alla agguerrita concorrenza generata dalla liberalizzazione dei servizi e dai grandi investimenti dei colossi del settore. In proposito si deve ricordare per l'attività tipica di interesse generale, secondo l'art. 79, comma 3, lett. b-bis) del Codice del Terzo Settore, le attività sanitarie, sociosanitarie e sociali svolte da ex IPAB possono generare utili a condizione che siano interamente reinvestiti nella attività di natura sanitaria o sociosanitaria e che non sia deliberato alcun compenso a favore degli organi amministrativi.

Le leve su cui agire sono almeno tre.

La prima è l'adeguamento organizzativo e gestionale: questo obiettivo verrà perseguito attraverso diversi interventi che saranno meglio illustrati nel prosieguo di questa relazione.

Occorre poi operare sul fronte della razionalizzazione dei costi ricercando soluzioni che, pur garantendo il mantenimento della qualità, consentano di minimizzare le uscite e/o ridurre gli incrementi (soprattutto per i costi del personale). Fra queste soluzioni rientra, in particolare, la ricerca di sinergie e collaborazioni con altre ex-Ipab del territorio che condividano l'approccio strategico e gestionale qui illustrato.

La terza leva è quella relativa alla necessità di diversificare e ampliare la rete di offerta potenziando le sinergie fra i vari servizi e ricercando nuove marginalità.

h) Potenziare le interazioni con la comunità locale (5 per mille)

Nel corso del triennio verrà potenziata l'attività di dialogo e di interlocuzione con la comunità locale. Il progetto si svilupperà attraverso l'incremento dei servizi informativi e delle occasioni di incontro, riflessione, confronto sulle tematiche sociosanitarie.

Verrà sviluppata la diffusione del periodico informativo on line sulle attività della Fondazione. Il giornale è indirizzato alle famiglie degli ospiti e al pubblico affezionato alla Fondazione e mira ad informare sull'andamento della RSA e degli altri servizi gestiti e sulle principali novità in cantiere. Inoltre, da spazio a riflessioni sul terzo settore e su tematiche afferenti alla cronicità, alla non-autosufficienza e alla riforma del sistema socio-sanitario.

Non da ultimo, il giornale serve da volano per la raccolta di sottoscrizioni e donazioni e per la promozione della possibilità di devolvere alla Fondazione il 5Xmille dei propri tributi fiscali (grazie all'adesione al RUNTS dal 2023 sarà possibile attivare questa nuova voce di entrata).

i) Attenzione alle evoluzioni normative e in particolare della riforma della non-autosufficienza

Il processo di riordino della normativa in materia non-autosufficienza crea i presupposti per l'adozione di provvedimenti attuativi che, compatibilmente con le risorse disponibili, dovrebbero rivoluzionare il sistema di regole preposte alla presa in carico e alla gestione della cronicità e del long term care.

Sarà cura della Fondazione monitorare costantemente l'evoluzione del processo di riforma anche e soprattutto al fine di cogliere le opportunità di sviluppo che lo stesso riuscirà a determinare a favore degli anziani e a supporto della rete dei servizi presente sul territorio.

SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE – PIANIFICAZIONE - CONTROLLO E RENDICONTAZIONE.

La Fondazione dispone di strumenti funzionali ad una efficace ed efficiente gestione dei processi programmatori e pianificatori, al monitoraggio dei risultati ed a una puntuale rendicontazione degli stessi.

Le procedure e i protocolli sono integrati nella apposita sezione e comprendono:

- Il sistema di valutazione dei comportamenti
- il sistema di gestione della qualità

STRUTTURA RESPONSABILE VALUTAZIONE MIGLIORAMENTO QUALITA'

Con delibera in data 20 novembre 2017 il CdA ha individuato la figura preposta alla valutazione del miglioramento nella persona del Direttore Generale.

Il DG sovrintende alle procedure di gestione della qualità attraverso

- raccolta e analisi dei dati e delle informazioni dei singoli processi
- pianificazione delle attività di miglioramento
- controllo e monitoraggio dei risultati
- riprogrammazione e aggiornamento degli obiettivi

Per questa specifica attività il Direttore, nel rispetto del budget annualmente autorizzato dallo stesso CdA, potrà autonomamente procedere al coinvolgimento di altri soggetti (esterni e interni) specializzati in controlli, verifiche, audit e report e /o alla delega di specifiche funzioni.

Nel corso del 2024 l'ufficio preposto alla gestione della qualità e alla implementazione dei protocolli verrà potenziato con l'individuazione di una figura specializzata.

DEBITO INFORMATIVO

Le disposizioni regionali prevedono a carico delle unità di offerta la predisposizione di precisi adempimenti di rendicontazione finalizzate ad una corretta trasmissione dei dati relativi ai servizi offerti.

Le informazioni che vengono fornite devono avere come caratteristiche:

- Completezza
- Precisione e chiarezza concettuale e grafica
- Tempestività
- Congruenza

La gestione del debito viene effettuata con frequenza nel rispetto delle indicazioni trasmesse da ATS. Le procedure per la gestione del debito informativo sono regolate nello specifico protocollo.

LINEE GUIDA, PROTOCOLLI, PROCEDURE ISTRUZIONI OPERATIVE

La Fondazione organizza i propri servizi sulla base di Linee Guida, Protocolli, Procedure e Istruzioni che delineano i criteri e le modalità operative per la corretta ed efficace gestione delle proprie attività.

Le LINEE GUIDA sono documenti che forniscono raccomandazioni e indicazioni generali di azione e comportamento.

Sono definiti mediante un processo di revisione sistematica della letteratura (sinossi: studio che individua, valuta e sintetizza i dati di studi scientifici allo scopo di offrire risposte esaurienti basate su dati empirici) e delle opinioni degli esperti con lo scopo, da un lato, di massimizzare i risultati e le risorse dell'assistenza sanitaria e, dall'altro, di omogeneizzare la prassi clinica in presenza di situazioni analoghe e di contrastare l'utilizzo di procedure ad efficacia non documentata.

Attualmente le linee-guida costituiscono la base scientifica di riferimento per i protocolli adottati dalla RSA e sono inclusi nei già menzionati protocolli.

Nel corso del triennio verrà sviluppato un lavoro di approfondimento che potrà permettere di elaborare documenti differenziati e specifici.

I PROTOCOLLI e le PROCEDURE sono documenti che traducono le linee-guida in regole e strumenti di azioni finalizzati a garantire una corretta, efficace ed efficiente gestione della struttura ed assicurare la qualità complessiva dei processi di cura e assistenza.

Le ISTRUZIONI OPERATIVE sono documenti che descrivono dettagliatamente un'attività con l'obiettivo di mettere tutti gli operatori nella condizione di eseguirla allo stesso modo.

Rappresentano la minuziosa descrizione del "come" deve essere realizzata un'attività; l'istruzione operativa è, infatti, fortemente orientata alle attività, le condiziona e ne costituisce un vero e proprio vincolo per quanto riguarda la loro esecuzione.

Lo scopo delle Istruzioni Operative è, dunque, la standardizzazione dei comportamenti che avviene mediante la stesura di una successione logica di azioni, definite rigidamente, affinché si dia vita a modalità tecniche ottimali, sia che si tratti dell'uso di un'apparecchiatura o di uno strumento, sia che si tratti di un'attività prettamente assistenziale.

L'approvazione di ciascun documento è affidata alla responsabilità delle figure indicate nella seguente tabella che illustra anche i criteri di classificazione dei diversi documenti.

PRIMO CODICE = TIPOLOGIA DOCUMENTO	P	Protocolli RSA - 2569
	R	Procedure RSA- 2569
	Q	Altri Protocolli e Procedure per la Qualità dei servizi RSA
	S	Protocolli e Procedure servizi RSA APERTA - 2569
	D	Protocolli e Procedure C.DOM.
	T	Protocolli e Procedure trasversali
SECONDO CODICE: COMPETENZA AGGIORNAMENTO	1	Direzione Sanitaria
	2	Altre figure socio-san
	3	DG
	4	A.S.
	5	RSPP

TERZO CODICE = NUMERO PROGRESSIVO		
--	--	--

I protocolli e le procedure attualmente in vigore presso le UdO sono allegati alla presente relazione e vengono riepilogati nella seguente tabella:

Tutti i protocolli vengono verificati periodicamente e aggiornati con cadenza almeno triennale; Eventuali variazioni o nuovi protocolli vengono aggiornati attivando l'apposito sistema di formazione e informazione del personale

Presso gli uffici amministrativi viene conservate copia cartacea con firme in originale.

Copie cartacee di pertinenza vengono distribuite alla Direzione sanitaria e al Coordinatore.

Tutti i protocolli sono altresì archiviati sul server nell'intranet condivisa.

Tale cartella è consultabile da tutte le postazioni pc, dai tablet e dagli smartphone.

POLITICHE DI GESTIONE DEL PERSONALE

ORGANIGRAMMA – FUNZIONIGRAMMA – REGOLAMENTO INTERNO

La struttura organizzativa della Fondazione è illustrata dai documenti allegati al presente documento (**all.1:** organigramma strutturale e **all.1.bis2:** organigramma nominativo)

In dipendenza dalle linee gerarchiche istituzionali che vedono al vertice il **Consiglio di amministrazione** ed il **Direttore generale** come organo esecutivo, è strutturata un'organizzazione che prevede oltre ad alcune unità di staff, le due funzioni di linea – area sociosanitaria e area servizi alberghieri - e la funzione amministrazione.

La Fondazione dispone altresì di un Funzionigramma (**all.2**) e di un Regolamento interno (**all.3**) che definiscono rispettivamente:

- le funzioni e le competenze delle diverse figure professionali
- le regole fondamentali di comportamento per tutto il personale in servizio

IL PERSONALE DIPENDENTE

I principi ispiratori della gestione del personale della Fondazione Sant'Erasmus sono

- a) favorire comportamenti riconosciuti come corretti e *ideali*, pertanto assunti a modello, promuovendo lo svolgimento delle attività sulla base di principi di rispetto della persona, rispetto di norme e ruoli istituzionali, responsabilità;
- b) impedire o ostacolare condotte *che siano svolte per altri fini che non siano il bene e la cura dell'utente*, sulla base dei principi di lealtà e trasparenza;
- c) incentivare la migliore qualità delle attività svolte dall'ente, tramite i propri collaboratori, tenendo in considerazione i valori espressamente individuati;
- d) favorire la comunicazione corretta di ciò che viene realizzato e dei valori ispiratori, affinché siano conosciuti da coloro che vi entrano in contatto.

Tali principi, nel doveroso e pieno rispetto delle autonome scelte organizzative e gestionali, potranno essere richiamate nei contratti di appalto di maggior importanza, oltre che nei contratti di assunzione del personale dipendente.

A tutto il personale dipendente assunto fino al 30/09/2014 è applicato il **CCNL Regioni e autonomie locali**, contratto pubblicistico applicato in continuità con l'ex IPAB Ospizio Sant'Erasmus. Per i soli dipendenti anteriori al 2002 che ne abbiano fatto richiesta la gestione contributiva è rimasta all'INPDAP; per tutti gli altri, obbligatoriamente per gli assunti dopo il 2002, la contribuzione è versata all'INPS. Dal 1/10/2014 a tutti i nuovi assunti è applicato il **CCNL Uneba**, contratto più appropriato a regolamentare le attività di servizio realmente erogate dal nostro ente e CCNL largamente più utilizzato in Lombardia e in Italia da parte degli enti non lucrativi di assistenza sociale e sociosanitaria.

Le norme comportamentali vigenti per il personale sono riconducibili al Codice disciplinare previsto dai CCNL e dal Codice etico e dal MOG adottati dalla Fondazione e periodicamente aggiornati. Nel novembre 2018 è stato anche costituito l'ufficio disciplinare interno.

La politica di grande attenzione verso il personale dipendente è alla base degli accordi stipulati a livello aziendale con le **rappresentanze sindacali**, che però attualmente – per responsabilità e scelte che non competono alla Fondazione – non dispongo di organismi legittimati ad interloquire con la

Fondazione. A fronte della decadenza della precedente RSU si è infatti in attesa che gli organismi territoriali attivino le procedure di rinnovo ovvero di nomina di una nuova Rappresentanza Sindacale Aziendale.

L'**indagine annuale sul "benessere organizzativo"** consente di verificare con continuità la situazione dell'organizzazione e la customer del personale apportando, se del caso, gli eventuali accorgimenti e miglioramenti. L'indagine viene condotta annualmente attraverso la somministrazione di questionari a tutto il personale dipendente.

I risultati del questionario sono pubblicati sul sito della Fondazione e sul portale dei dipendenti.

PIANO FORMATIVO

In data 29 dicembre 2023 si è tenuta la riunione annuale di programmazione alla presenza del DG, del DS, del RSPP, del coordinatore di struttura e della RLS (Rappresentante per la sicurezza dei lavoratori).

Nella riunione, tenuto conto delle criticità, delle esigenze e degli obblighi di legge si è deciso che il Piano formativo per il triennio sarà strutturato sulle seguenti macroaree.

- Formazione obbligatoria D.Lgs. 81/2008;
- Informazione/aggiornamento sulle norme di legge (MOG e D.lgs. 231/2001; Codice etico; privacy; sicurezza alimentare)
- Formazione di base sul rischio clinico per tutti gli operatori sanitari.
- Aggiornamento dell'area ASA/OSS su funzioni di base (igiene, alimentazione, ecc..).
- Coordinamento e rafforzamento del lavoro d'equipe.
- Completamento percorsi formativi dell'anno 2023.

I piani operativi delle singole U.d.O. definiranno gli obiettivi specifici e il calendario attività. Un'attenzione particolare verrà riservata alla conoscenza teorico-pratica dei protocolli interni.

SERVIZI DATI IN APPALTO E RAPPORTI CON I FORNITORI

I fornitori apportano risorse e condizioni indispensabili e qualificanti il servizio erogato dalla Fondazione. I principi ispiratori dell'attività della Fondazione debbono essere in certa misura condivisi dai fornitori, quali la centralità della persona, il rispetto di normative e ruoli istituzionali, la responsabilità sul compito affidato da cui dipende il raggiungimento del bene e della cura dell'ospite, i principi di lealtà e trasparenza nella relazione.

Nei capitolati dei principali servizi in appalto viene richiesto il rispetto di norme di deontologia e lealtà, competenza e serietà professionale, elementi probatori della correttezza fiscale e contributiva. Il codice etico della Fondazione è da ritenere vincolante per tutti i fornitori.

Nelle politiche d'acquisto la Fondazione ha l'obiettivo di approvvigionarsi di prodotti, materiali, opere e servizi alle condizioni più vantaggiose in termini di rapporto qualità-prezzo, tenuto conto degli obiettivi di qualità. Presenta ad ogni fornitore in possesso dei necessari requisiti la possibilità di competere per offrire i propri prodotti/servizi. Tuttavia, l'affidabilità dimostrata e la fiducia conquistata dai fornitori per l'onestà, la serietà e la competenza costituiscono un elemento di rilevante valore che la Fondazione tiene sempre in debita considerazione.

FUNZIONI E SERVIZI TRASVERSALI

I servizi della Fondazione sono retti da una struttura composta da figure dipendenti e in staff che svolgono funzioni di supporto e di gestione delle diverse fasi di attività.

Le principali **figure in staff** alla Direzione sono il consulente fiscale, il consulente del lavoro, il consulente legale, il consulente per il sistema informativo. Inoltre, è a disposizione il consulente per la gestione del sistema di Autocontrollo HACCP.

La Fondazione dispone inoltre di un **Medico competente**, dotato dalla legge di compiti e responsabilità autonome, che collabora con l'RSPP ed il Direttore generale per iniziative di tutela della salute dei dipendenti.

L'**RSPP** - Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione ai sensi del D. Lgs. 81/08 è figura assunta alle dipendenze. L'RSPP ha compiti di revisione e controllo del Documento di Valutazione dei Rischi, di formazione ed informazione del personale in relazione alle tematiche di prevenzione e protezione dai rischi professionali; prepara ed esegue prova di evacuazione annuale ed eventuali esercitazioni ritenute necessarie; prepara i Documenti di Valutazione dei Rischi da Interferenze con aziende esterne presenti in struttura.

Il **servizio amministrativo** è composto da 8 dipendenti oltre ad una figura part time con il servizio magazzino/manutenzioni. Si è cercato di garantire una certa intercambiabilità tra i vari operatori, nei limiti consentiti dalle specializzazioni; a tutti è richiesta la conoscenza delle informazioni che possono essere di interesse dei visitatori. I principali compiti dell'Amministrazione sono:

- Contabilità e bilancio
- Servizi al personale dipendente
- Gestione dei collaboratori e dei consulenti
- Gestione adempimenti fiscali, contributivi, statistici e di rendicontazione
- Ufficio acquisti
- Fatturazione e pagamento dei fornitori e dei collaboratori
- Gestione del patrimonio immobiliare
- Rendicontazione, statistiche e report
- Segreteria della Direzione e del CDA
- Coordinamento dei servizi manutentivi ordinari e straordinari
- Servizi informatici
- Gestione utenze e attrezzature
- Comunicazione esterna

I servizi e le attività qui indicate sono svolti trasversalmente a favore di tutte le unità di offerta della Fondazione:

- RSA
- RSA-APERTA e C.DOM
- PATRIMONIO
- ALTRI SERVIZI SPECIFICI al territorio

PRIVACY

Tutti i documenti ed i dati relativi alle persone assistite sono custoditi nel rispetto della vigente normativa sul trattamento dei dati sensibili.

L'articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation" prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali e sensibili.

Nel rispetto della legge, il trattamento dei dati è improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti dell'utente.

Il trattamento dei dati personali e sensibili è diretto esclusivamente all'espletamento da parte dell'Ente delle proprie finalità istituzionali, essendo attinente all'esercizio delle attività di assistenza e cura delle persone ricoverate. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'ente.

Al momento della presentazione della domanda di accesso al servizio l'interessato o i suoi legali rappresentanti o familiari devono sottoscrivere il modulo per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.

In conformità a quanto stabilito dalla Lg 241/90 la documentazione amministrativa e sanitaria relativa alla posizione del singolo utente può essere richiesta dall'utente stesso o suo legale rappresentante presso la Direzione Sociale. Gli uffici preposti, previa verifica della titolarità del richiedente, rilasciano detta certificazione.

Sull'intranet aziendale sono pubblicati: il registro dei trattamenti e il documento Data-Breach-response

INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Il sito internet www.fondazioneanterasmo.it contiene le principali informazioni sulle attività e i servizi della Fondazione

La sezione "trasparenza" viene aggiornata nel rispetto delle indicazioni normative e dell'ANAC.

E' inoltre attiva la pagina Facebook

Nel corso del 2023 è stata inoltre attivata una newsletter periodica che aggiorna gli utenti, le famiglie e gli stakeholder sulle principali notizie della Fondazione

SISTEMA INFORMATIVO

L'adeguatezza del sistema informativo è condizione ineludibile per la corretta ed efficace gestione delle informazioni, per la loro circolarizzazione e per la loro effettiva fruibilità, nonché per assicurare una puntuale, efficace ed esaustiva gestione del cosiddetto "debito informativo".

Il SI (Sistema informativo) ha il compito di:

- raccogliere i dati;
- elaborare i dati, trasformandoli in informazioni;
- distribuire l'informazione agli organi aziendali utilizzatori.
- archiviare i dati e le informazioni raccolte

Per fare questo il sistema informativo si avvale

- di riunioni periodiche con il personale e l'utenza
- di strumenti diversificati (tecnologici e non) per la raccolta e l'elaborazione dei dati
- di tecnologie informatiche per l'elaborazione e l'archiviazione degli stessi
- di un archivio cartaceo per la conservazione della documentazione non informatizzata

Sistema informatico

La RSA S. Erasmo dispone di una rete strutturata consistente in 25 postazioni distribuite tra i diversi servizi/uffici.

Sia i server che i client sono monitorati tramite una piattaforma RMM per la segnalazione di eventuali guasti/problematiche da parte della società che fornisce supporto ed assistenza informatica. In caso di guasto ad uno dei server, viene inviato un alert SMS (H24).

Gli applicativi di produttività personale sono ora tutti uniformati alla versione più aggiornata di Office. È stato uniformato il client di posta in modo che tutti gli utenti utilizzino Microsoft Outlook ed è stata completata la migrazione del servizio di posta verso la piattaforma Google Workspace.

È stato fatto un importante investimento per la sostituzione di tutti gli apparati attivi (switch) con prodotti di fascia enterprise gigabit e con l'installazione di 23 Access-point a copertura di tutta la struttura. L'attività si è resa necessaria per l'introduzione della cartella sanitaria elettronica (che prevede, a regime, l'utilizzo di tablet all'interno dei reparti da parte di tutto il personale). Al termine dell'attività è stata quindi migrata l'intera infrastruttura telefonica su piattaforma VoIP e sono stati sostituiti tutti gli apparecchi telefonici (fissi e cordless).

Utilizzando la medesima infrastruttura wireless, sono state attivate delle reti (opportunamente separate dal traffico interno alla rete della fondazione tramite VLAN) per fornire l'accesso alla rete internet a dispositivi personali (sia per il personale che per gli ospiti), ciascuna con le opportune policy di sicurezza per il filtraggio del traffico.

L'accesso alla rete Internet è garantito da un collegamento in Fibra Ottica (Irideos) 10Mb simmetrico. È presente, inoltre, una connessione dedicata per l'accesso alla rete telematica sanitaria regionale.

Individuazione dei bisogni informativi

Il Direttore Generale è incaricato di supervisionare il sistema informativo predisponendo proposte e soluzioni funzionali alla razionale gestione dei flussi informativi interni ed esterni.

Amministratore di sistema

Il DG supportato da un dipendente amministrativo è responsabile della corretta gestione del sistema informativo e dell'adeguamento degli strumenti operativi di supporto, in primis quello informatico. Con atto del giugno 2019 la Fondazione ha incaricato la società WOM srl di Legnano nella persona del signor Dario Albè quale amministratore del sistema informativo ai sensi dell'art. 27 e 28 del Regolamento UE n. 679/2016.

Archiviazione

Mentre i dati e le informazioni cartacei vengono archiviati nell'archivio dell'Ente, che assume anche la valenza di archivio storico, quelli informatizzati sono immagazzinati nel server.

Misure di sicurezza

Nel corso del 2016 è stato installato un Firewall a protezione della rete LAN. L'appliance gestisce l'accesso sicuro alla rete interna mediante VPN SSL con autenticazione due fattori (mediante token via app Fortinet). A giugno 2022 è stato eseguito un upgrade dell'apparato con un modello più aggiornato e potente, comprensivo di contratto maintenance triennale (scadenza 2025) che prevede il rilascio di aggiornamenti e definizioni periodici.

È previsto il backup giornaliero delle VM server su di un NAS interno, con conservazione di 15 giorni.

LA R.S.A.

(Cudes 624)

ORGANIZZAZIONE E PERSONALE

STRUTTURA ORGANIZZATIVA E FUNZIONALE

Il servizio della RSA è coordinato e diretto dalla figura del **Direttore sanitario** che ha la responsabilità dell'organizzazione delle attività sanitarie, nell'ambito delle risorse stanziato dall'ente, e opera in stretto coordinamento con il Direttore generale. È responsabile dell'equipe medica, curando il coordinamento delle attività professionali dei colleghi, ed è referente organizzativo dell'equipe infermieristica, coadiuvato dal Coordinatore; sovrintende in generale l'organizzazione delle attività assistenziali per i risvolti sulla salute dell'ospite. Tra i suoi compiti vi è anche la supervisione organizzativa delle attività dell'equipe riabilitativa e dell'equipe educativa in quanto determinanti per il benessere psico-fisico complessivo della persona, unitariamente intesa giusta scala dei valori del Sant'Erasmus. Si occupa della scelta del prontuario farmaceutico e propone alla Direzione Generale l'acquisto di attrezzature ed apparecchiature sanitarie. Vigila sulla tenuta della documentazione sanitaria. Valuta le condizioni sanitarie e le necessità assistenziali delle persone che fanno domanda di ricovero al Sant'Erasmus.

L'**equipe medica** è composta da quattro medici; ciascuno di essi si occupa in particolare di tre nuclei dei sei in cui è suddivisa la RSA, ferma restando la presa in carico di tutti gli ospiti in assenza dei colleghi. Il medico prescrive specifici atti terapeutico-assistenziali nei confronti degli ospiti, effettua visite periodiche appropriate e aggiorna la documentazione sanitaria. L'equipe viene supportata dal personale infermieristico e dal Coordinatore. Collaborano, inoltre, con l'equipe altre figure mediche: oltre allo psicologo e al podologo la squadra è stata recentemente allargata a un fisiatra.

Il **Coordinatore Responsabile dei servizi di reparto** con qualifica di Infermiere professionale, ha il fondamentale compito di coordinare le attività di servizio degli ausiliari socio assistenziali e degli infermieri professionali; impartisce loro le necessarie disposizioni organizzative e disciplinari, vigila sulla completezza e correttezza delle comunicazioni e delle consegne, verifica la qualità degli interventi assistenziali e infermieristici, provvede alla copertura dei turni di personale assente. In generale, sovrintende l'andamento e l'organizzazione della *giornata assistenziale*, incluso il coordinamento con altri servizi all'ospite quali la fisioterapia e il servizio educativo-animativo e servizi indiretti quali la cucina, la lavanderia e guardaroba e la pulizia degli ambienti di vita dell'ospite. È responsabile del magazzino farmaci e parafarmaci (scorte e scadenze), di cui programma l'approvvigionamento sulla base delle necessità terapeutiche e nell'ambito del prontuario approvato dal Direttore sanitario. Segnala necessità di manutenzione delle apparecchiature e attrezzature di servizio utilizzate dal personale ausiliario e infermieristico, propone e affianca la direzione nelle scelte di acquisto di ausili assistenziali. Collabora con la direzione nella verifica di qualità dei prodotti per l'igiene dell'ospite o degli spazi di vita, sovrintende i test di prodotti nuovi. Infine, pianifica gli accessi degli ospiti a visite specialistiche ed esami di laboratorio e strumentali richiesti dai medici.

A fronte dell'ampiezza delle funzioni attribuite al Coordinatore, a partire da gennaio 2021 è stata individuata una nuova figura di supporto del Coordinatore con funzioni di **Coordinatrice-vicaria**.

L' **Infermiere** provvede alla somministrazione delle terapie, effettua le medicazioni e provvede alla rilevazione dei parametri vitali ed all'esecuzione di esami strumentali, secondo le disposizioni ricevute dal medico di reparto; supporta il Coordinatore Responsabile dei servizi di reparto nella supervisione delle attività assistenziali e collabora con le altre figure professionali alla realizzazione del Progetto Assistenziale Individualizzato delle persone residenti. Osserva quotidianamente le condizioni di salute dell'ospite e richiede l'intervento del medico quando rileva la presenza di criticità. In caso di assenza della Responsabile dei servizi di reparto, provvede alla sostituzione di ausiliari e infermieri.

Le figure **ASA-OSS** sono quelle più a contatto ed in relazione diretta con l'ospite, di cui provvedono alle cure ed all'accudimento di base: l'alzata, l'igiene personale, la vestizione e il cambio degli indumenti, la somministrazione di pasti e idratazione, l'accompagnamento alle attività di palestra o di animazione, la messa a letto. Per tale oggettiva funzione, da loro dipende buona parte del vissuto di accoglienza degli ospiti di cui conoscono tutte le specifiche necessità assistenziali di base. Gli ASA-OSS hanno il compito di collaborare al mantenimento dell'igiene ambientale curando in particolare la camera e gli spazi riservati ai singoli ospiti.

Il **fisioterapista**, od altra figura riabilitativa, provvede al recupero e al mantenimento delle condizioni di mobilità dell'ospite; previene il deterioramento funzionale del corpo (articolare e muscolare), dà indicazioni agli ausiliari sulle posture da far mantenere all'ospite, impartisce indicazioni agli ausiliari sulla corretta mobilizzazione, verifica l'appropriatezza e la funzionalità degli ausili, supporta la direzione nelle scelte di acquisto degli ausili.

L'**educatore professionale / animatore** si occupa degli aspetti relazionali nel tempo libero da attività di accudimento fisico. Le attività poste in essere mirano al recupero di interessi e di abilità degli ospiti e alla stimolazione cognitiva, coinvolgendoli ove possibile in attività significative e piacevoli, destando attenzione e interessi, per esempio mediante attività espressive, musicali e ludiche, abbellimento dell'ambiente in occasione dei vari momenti dell'anno, uscite dalla RSA.

L'**assistente sociale** gestisce inoltre le situazioni a valenza sociale e, in particolare, le pratiche per l'amministrazione di sostegno. L'assistente sociale svolge altresì il compito di **referente per gli uffici della protezione giuridica e per i servizi sociali** del territorio.

I servizi cd. alberghieri prescritti dai requisiti di autorizzazione e accreditamento fanno capo alla direzione generale. Il servizio cucina prevede un **cuoco**, che ha la responsabilità dell'organizzazione delle attività di preparazione pasti, nell'ambito delle risorse stanziare dall'ente, ed opera in stretto coordinamento con il Direttore generale. Al cuoco compete organizzazione e divisione dei compiti degli addetti alla cucina, scelta dei menù, supervisione sulle attività di preparazione pasti e verifica dei risultati in termini di qualità e gradimento; gestisce operativamente le relazioni con i fornitori prescelti dalla Fondazione, predisponendo gli ordini nell'ambito del listino in vigore, e riferisce alla direzione circa problematiche emerse. Riceve indicazioni relative a diete e menù dai medici e dal Direttore Sanitario. È responsabile del magazzino alimentari (scorte e scadenze) e dell'applicazione del sistema di autocontrollo HACCP; segnala necessità di manutenzione delle apparecchiature e attrezzature di cucina, propone e affianca la direzione nelle scelte di acquisto. Gli **addetti alla cucina** hanno il compito di preparazione dei pasti, di carico degli alimentari in magazzino, della corretta predisposizione degli alimentari da consegnare nei reparti per colazioni, merende, idratazione

quotidiana; sono responsabili del lavaggio e dell'igiene delle attrezzature, dei carrelli e dell'ambiente di cucina, applicando le procedure previste dal manuale HACCP. In cucina è operativo **l'addetto al lavaggio delle stoviglie**, che provvede all'operazione di carico e scarico lavastoviglie nelle fasce orarie di maggior operatività.

Gli **addetti alla lavanderia e al guardaroba** si suddividono i compiti secondo un'organizzazione e una turnazione approvata dal DG. Provvedono al lavaggio di biancheria personale degli ospiti ed asciugamani, verificando la qualità dei risultati, alla asciugatura, stiratura, piegatura e consegna nei reparti. Distribuiscono nei reparti la biancheria piana (lenzuola, federe, traverse) consegnata dall'impresa appaltatrice. Sono responsabili del buon uso delle attrezzature di lavanderia e stireria, segnalando eventuali malfunzionamenti al manutentore/magazziniere. Inseriscono nei casellari le divise degli operatori dopo il lavaggio affidato a ditta esterna. Sono riferimento dei familiari per le esigenze relative all'abbigliamento personale degli ospiti. Ricevono dal Coordinatore Responsabile dei servizi di reparto segnalazioni e indicazioni finalizzate al coordinamento delle loro attività con il personale assistenziale.

Il servizio **parrucchiere/estetista** è gestito da figura con incarico di collaborazione coordinata e continuativa.

Anche il servizio di **comunicazione esterna** è affidato a figura professionale specializzata nelle attività di gestione dei processi informativi-.

Gli addetti alle **piccole manutenzioni e magazziniere** intervengono in prima battuta per le richieste di manutenzione provenienti dai reparti, verificando la natura del problema ed attivando una richiesta di intervento tecnico qualora il problema non sia risolvibile in economia. Programmano mensilmente l'approvvigionamento dei prodotti non sanitari e dei DPI. Sono responsabili del relativo magazzino (scorte e scadenze), sovrintendendo ed intervenendo nelle operazioni di carico. Collaborano con la direzione nella verifica di efficacia e qualità dei prodotti di consumo, vigilano sull'adeguato utilizzo dei prodotti da parte del personale addetto e sugli interventi dei manutentori esterni.

I **servizi amministrativi**, oltre alle funzioni trasversali già indicate nel capitolo introduttivo, svolgono funzioni specifiche per la RSA e in particolare:

- Reception
- Gestione lista d'attesa
- Procedure di inserimento ospiti
- Adempimenti correlati al debito informativo con ATS (ex ASL) inclusa la predisposizione annuale della scheda struttura
- Certificazioni delle spese sanitarie ai fini dei benefici fiscali per gli ospiti e le famiglie

Strutture di coordinamento

Il buon funzionamento della RSA è garantito, oltre che dall'apporto delle singole professionalità, anche dalla attività di raccordo ed integrazione operativa fra i reparti.

In quest'ottica una funzione decisiva viene svolta dagli organismi interni di coordinamento.

I diversi servizi si organizzano da sempre anche attraverso incontri informali di verifica sulle attività svolte. Tali incontri vengono organizzati in base alla necessità e con frequenza variabile.

Il **Comitato di Coordinamento** è costituito da:

- Direttore Generale
- Direttore sanitario
- Coordinatore RSA
- Referente servizi educativi
- Referente servizi fisioterapici
- RSPP

Alle riunioni partecipano, se necessario, anche i medici e il referente servizi manutentivi.

Per quanto concerne la qualità dell'assistenza, si segnala che nel corso del 2022 è stata avviata la sperimentazione di un **nuovo modello organizzativo**, funzionale a favorire una maggior integrazione e un miglior coordinamento dei processi di cura e assistenza. In quest'ottica, è stato proposto di assegnare ad ogni reparto una figura di referente/responsabile funzionale. Per il momento le figure individuate sono:

- il referente medico
- il responsabile riabilitativo
- il responsabile educativo

Superata la forte carenza di personale durante l'emergenza pandemica anche le assegnazioni delle figure infermieristiche sono state stabilizzate al fine di garantire una loro continuità di presenza all'interno dello stesso reparto.

Un'ulteriore figura trasversale è stata individuata nella dipendente OSS collocata a supporto del Coordinatore per l'implementazione, il controllo e la qualificazione delle procedure di cura e assistenza.

L'obiettivo resta quello di assicurare un lavoro d'equipe che assicuri integrazione ed efficacia dei servizi in funzione del miglioramento continuo della qualità assistenziale.

Ulteriori strumenti e forme di coordinamento sono previsti dal Piano Operativo Pandemico che, fra le altre figure prevede il Responsabile emergenza pandemica (REP) individuato nella figura del Direttore Sanitario.

La figura del REP è coadiuvata dal CMS – COMITATO MULTIDISCIPLINARE DI SUPPORTO costituito dai referenti dell'area gestionale/organizzativa; dal referente dell'area di coordinamento; dal responsabile dell'area tecnica e dal responsabile per le comunicazioni esterne.

Il CMS ha il compito di coadiuvare il REP nelle sue funzioni, anche di controllo, della corretta applicazione di tutte le procedure pandemiche e del POP. Ad ogni componente vengono assegnate funzioni specifiche di supporto al REP. I membri del CMS, considerate le competenze, i ruoli e la formazione, sono figure attive nei seguenti ambiti: interventi sanitari e clinici, coordinamento, prevenzione e protezione, redazione di protocolli e procedure, comunicazione con ATS e con i famigliari degli ospiti.

SERVIZI ESTERNALIZZATI

I seguenti ulteriori servizi rivestono carattere continuativo e sono affidati in appalto a enti e soggetti esterni:

Servizio di Pulizia: il servizio è stato affidato ad azienda consortile (CONTES scarl) al quale la Fondazione è consorziata, sino a tutto il 30 settembre 2024.

Le competenze dettagliate della società sono elencate nel contratto di servizio.

Il contratto di servizio include anche il lavaggio delle stoviglie nei reparti.

Le schede tecniche del materiale e dei prodotti utilizzati sono conservate presso l'ufficio amministrativo.

Servizio di reperibilità medica notturna o festiva: il servizio è assegnato a società esterna.

Servizi energetici: a partire dal 1° gennaio 2020 e sino a tutto il 31 dicembre 2031 i servizi di fornitura energia e manutenzione degli impianti di riscaldamento, raffrescamento ed elettrico sono stati affidati a ditta esterna specializzata

Servizio di lavanderia: Mentre il servizio di lavatura e guardaroba per gli ospiti è gestito con personale dipendente, il lavaggio di lenzuola, federe e traverse è gestito tramite ente esterno specializzato. Anche il lavaggio divise degli operatori è assegnato a ditta esterna.

Manutenzioni attrezzature di reparto: a partire dall'anno 2024 il contratto è stato affidato ad un'unica ditta che si fa carico della manutenzione ordinaria e delle verifiche periodiche obbligatorie quali, ad esempio, quelle sulle apparecchiature elettromedicali.

Manutenzioni lavanderia: la gestione degli interventi di manutenzione delle lavatrici e dell'essiccatoio utilizzato dal personale dipendente è assegnato a ditta esterna specializzata

Manutenzioni cucina: il servizio è assegnato a ditta esterna.

Ulteriori servizi di manutenzione della struttura riguardano: la manutenzione delle attrezzature dei reparti; gli interventi per la sicurezza (porte REI; estintori) interna ed esterna (cancelli).

Altri contratti continuativi: ulteriori fornitori esterni sono presenti per manutenzioni hardware e software; macchine ufficio; ascensori; verde.

I servizi religiosi sono garantiti dal cappellano della Chiesa di Sant'Erasmus.

ACQUISTI

I principali approvvigionamenti esterni sono relativi a:

- Prodotti per l'igiene e l'incontinenza
- Farmaci
- Derrate Cucina
- Attrezzature e materiale per il funzionamento dei reparti e dei diversi servizi
- Materiali di consumo per gli uffici

I protocolli relativi alla programmazione degli acquisti e alle procedure di approvvigionamento, conservazione e smaltimento dei farmaci sono conservati unitamente agli altri protocolli gestionali.

ORGANICO RISORSE UMANE

Personale in forza al 31/12/23	Numero operatori				TOTALE
	Fondazione				
	Dipendenti	Intermittenza	Somministrati	Lib. prof	
Medici	3			4	7
Coordinatore	1				1
Infermieri	7			13	20
Fisioterapisti/Massofisio.	3				3
Educatrici/animatrici	2			1	3
Assistente sociale	2				2
Psicologo				1	1
ASA/OSS	79				79
Cuoco	2				2
Add alla cucina	8	1			9
Add al lavaggio stoviglie	1				1
Lavand. /guardaroba	6				6
Magazziniere e Manut.	1				1
Assistente di piano	1				1
Personale amministrat.	7				7
RSPP	1				1
Direzione	1				1
Parrucchiera	1				1
Add att polivalenti	2				2
TOTALI	128	1		19	148
* N. 1 FKT e n. 1 infermiere sono parzialmente impiegati nel servizio di RSA aperta					
** l'addetto RSPP svolge anche le funzioni di RSPP					

ALTRI LAVORATORI PER SERVIZI CONTINUATIVI IN APPALTO	NUM OPERATORI
Servizio pulizie	9
Reperibilità medica notturna	7

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Garantire la necessaria continuità nell'assistenza degli ospiti è un punto cardine nell'organizzazione efficiente del servizio del Sant'Erasmus.

La **sostituzione di personale dipendente assente** riveste particolare importanza per la natura continuativa dell'assistenza residenziale e per l'efficace presa in carico delle persone ospitate; in alcune aree di servizio la sostituzione avviene sempre, anche per assenze brevi, al fine di garantire la necessaria continuità assistenziale.

La sostituzione del personale in caso di **assenze non programmate**, anche brevi, è sempre necessaria nei servizi ausiliari, infermieristici, cucina e guardaroba. Nei servizi ausiliari, cucina e guardaroba è stato inserito personale con contratto a termine o intermittente per la copertura di assenze anche non programmate.

Nei servizi ausiliari, dove il problema della sostituzione riveste un'importanza critica, è in utilizzo una turnazione che prevede giornalmente dei turni jolly a disposizione, che consentono coperture anche di assenze improvvise; qualora ciò non sia sufficiente, si dispone il rientro da riposo, che andrà ad essere successivamente recuperato. Per tale motivo, è stata istituita la banca ore, che consente la gestione delle assenze improvvise in piena efficienza. In caso di assenze improvvise nei servizi infermieristici si dispone il rientro da riposo. Anche nel servizio cucina, se risulta insufficiente l'apporto del dipendente a chiamata, si dispone il rientro da riposo; nel servizio guardaroba vengono invece attivati meccanismi organizzativi di richiamo di personale da altri servizi interni. La gestione delle sostituzioni per il personale ausiliario e infermieristico è a cura del Coordinatore di struttura oppure, in sua assenza, dell'infermiere professionale in turno; per il personale di cucina dal cuoco o in caso di sua assenza dal Direttore; per il personale di guardaroba dal Direttore.

Le assenze non programmate di lunga durata sono coperte in tutti i servizi mediante contratti di lavoro dipendente a tempo determinato ovvero tramite agenzia di somministrazione.

Nel caso di indisponibilità/impossibilità di personale impiegabile, si procede con chiamate per contratti "a intermittenza".

Reperibilità medica

Il servizio di continuità assistenziale assicurato da ASST è stato sospeso a fine giugno 2021. Da luglio 2021 il servizio di reperibilità è garantito:

- nel corso della settimana, dalle ore 08.00 alle 20.00, dal personale medico in forza presso la struttura
- dalle ore 20.00 alle ore 08.00 dei giorni feriali e nei giorni festivi, dal personale medico esterno (tramite servizio in appalto).

Nel corso dei week end il personale medico della struttura – a turno - effettua comunque una visita alla struttura al fine di verificare la situazione degli ospiti e fornire eventuali indicazioni al personale sociosanitario in servizio.

La reperibilità viene attivata su iniziativa dell'infermiere in turno; il medico contattato telefonicamente valuta la situazione e impartisce indicazioni terapeutiche; in caso ritenga che la situazione lo richieda, provvede all'uscita con arrivo in struttura entro 30 minuti dalla chiamata; negli altri casi in cui è indispensabile il ricovero, dispone l'invio in Pronto soccorso.

Altre reperibilità

Non sussistono altre figure di servizio con reperibilità, ad eccezione dei dipendenti con contratto a chiamata, che sono reperibili per richieste di interventi sostitutivi nei servizi ausiliari, di cucina e lavanderia.

Garantiscono inoltre la reperibilità tecnica in caso di emergenza alcune figure esterne:

- manutenzione elettrica: feriale, festiva, diurna e notturna
- manutenzione impianto termico e condizionamento: diurna feriale e festiva
- manutenzione ascensori: feriale, festiva, diurna e notturna

ALTRE FIGURE

Tirocini

La Fondazione stipula annualmente convenzione con enti e strutture formative superiori e universitarie al fine di garantire agli studenti (ASA/OSS, educatori e personale amministrativo) di sviluppare esperienze di tirocinio formativo.

Tale servizio verrà assicurato anche nel prossimo triennio.

Nello stesso periodo verrà perseguita anche l'ipotesi di confermare la convenzione con la clinica Humanitas per il corso di laurea in infermieristica.

Volontari

Sono attive le convenzioni con AUSER e UILDM per i servizi di trasporto.

Nel corso del mese di dicembre 2018, con il sostegno della Fondazione, è nata l'associazione "Amici del Sant'Erasmus", che sta validamente supportando la RSA nei servizi di assistenza e animazione a favore degli ospiti della struttura.

Integrazione dipendenti/volontari/tirocinanti

Il coinvolgimento dei volontari e dei tirocinanti non è sostitutivo del servizio garantito dal personale dipendente. Per quanto riguarda i tirocinanti, l'attività è prioritariamente orientata ad assicurare la acquisizione di competenze e capacità professionali.

I volontari sono invece coinvolti *ad adiuvandum* dei servizi, al fine di migliorare la qualità complessiva degli stessi, consolidando la soddisfazione dell'utenza.

GESTIONE DEL PERSONALE

SELEZIONE E INSERIMENTO DEL NUOVO PERSONALE DIPENDENTE

I criteri di selezione del nuovo personale; le tipologie del personale acquisito; le procedure di selezione; le modalità di inserimento e di avvio del servizio sono illustrate nella procedura inclusa nella sezione protocolli.

Alla procedura sono allegati anche gli elenchi della modulistica e della documentazione che verrà fornita ai nuovi dipendenti /collaboratori

Titoli di studio

Tutto il personale in servizio è in possesso del titolo di studio prescritto per il proprio ruolo. L'ufficio personale provvede all'archiviazione nelle cartelle personali dei dipendenti delle attestazioni dei titoli acquisiti all'atto dell'assunzione e all'aggiornamento progressivo (annuale) dei titoli formativi successivamente acquisiti. L'aggiornamento riguarda anche i titoli posseduti dai liberi professionisti assegnati ai servizi medico-sanitari.

Affinché sia inequivocabilmente acquisita certezza dell'idoneità di ciascuno, all'atto della predisposizione del contratto (assunzione/collaborazione) viene richiesta la produzione dei seguenti e certificati:

Medico: laurea in medicina e chirurgia, eventuali certificazioni di specializzazioni, iscrizione all'Ordine

Infermiere: laurea in scienze infermieristiche o diploma di infermiere professionale; iscrizione all'albo

Fisioterapista; laurea in fisioterapia, eventuali certificazioni di specializzazione; iscrizione all'Ordine

Massofisioterapista: attestato di qualificazione professionale

Educatore/animatore: laurea di educatore professionale con iscrizione all'Ordine. In subordine laurea in scienze della formazione

OSS/ASA: attestato di qualificazione professionale

FORMAZIONE DEL PERSONALE

La qualità delle cure in RSA è garantita anche dall'aggiornamento continuo per tutti gli operatori della struttura attraverso una formazione specifica che si avvale sia di incontri organizzati in loco con specialisti interni ed esterni, sia di aggiornamento e pratica quotidiana nel proprio ambito lavorativo.

Il programma formazione dell'anno 2023 depositato presso l'ufficio personale e viene integrato progressivamente anche in relazione alle opportunità formative che emergono in corso d'anno e che sono coerenti con il Piano.

PIANIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI E DELLE RISORSE

OCCUPAZIONE POSTI LETTO

Nella RSA Sant'Erasmus vi sono due tipologie di posti letto: 120 p.l. accreditati/contrattualizzati, di cui 16 per Alzheimer e 5 p.l. autorizzati.

Nel corso del 2023 la RSA è riuscita a tornare alla piena occupazione dei posti letto dopo il drammatico biennio 2021/22.

L'obiettivo per il triennio è comunque quello di garantire la piena occupazione

MINUTAGGI

La DGR 12618/2003 stabilisce diversi standard minimi di personale da garantire:

- a) 750 minuti/ospite/settimana per gli ospiti "autorizzati"
- b) 901 minuti/ospite/settimana per gli ospiti ordinari contrattualizzati
- c) 1.220 minuti/ospite/settimana per gli ospiti inseriti nel reparto protetto

Tale obiettivo può essere garantito attraverso l'impiego di diverse tipologie di personale e, in particolare, il personale medico-infermieristico, gli ASA/OSS, gli educatori e terapisti della riabilitazione.

La recente ispezione dell'ATS ha verificato - su una settimana a campione (dicembre 2023) - che la nostra RSA garantisce una copertura superiore al 125% dello standard minimo richiesto.

La programmazione della ripartizione dei minutaggi delle predette figure prevede – per l'anno 2024 - una copertura del servizio così ripartita:

	ASA/OSS	INFERMIERI	ALTRO	TOTALE	MIN	VARIAZ
GIGLIO (Protetto)	1273.07.30	223.07.30	92.11.06	1588.26.06	1200.00.00	24,45%
IRIS	901.45.53	98.49.25	121.56.04	1122.31.21	901.00.00	19,73%
ROSA	813.45.00	188.07.30	67.30.35	1069.23.05	901.00.00	15,75%
CICLAMINO	887.43.38	188.07.30	108.15.06	1184.06.14	901.00.00	23,91%
VIOLA	983.10.55	196.52.30	106.09.33	1286.12.57	901.00.00	29,95%
DALIA	901.15.00	196.52.30	89.19.20	1187.26.50	901.00.00	24,12%
TOTALE	5760.47.56	1091.56.55	585.21.43	7438.06.34		
MEDIA RSA	960.07.59	181.59.29	97.33.37	1239.41.06		

Nella voce "altro" abbiamo incluso i servizi programmati per il personale medico, educativo e riabilitativo.

Si precisa che i risultati sopra esposti sono garantiti anche senza tener conto di figure con presenze più sporadiche o occasionali quali psicologo o i volontari.

PROGRAMMAZIONE PRESENZE DEL PERSONALE

I dati indicati nel precedente paragrafo "Minutaggi" sono l'esito di un processo di programmazione che, periodicamente, viene aggiornato al fine di assicurare un'adeguata copertura dei servizi e una risposta adeguata e appropriata alle esigenze dell'utenza

La procedura di "programmazione delle presenze del personale" è stata rappresentata nel documento pubblicato nella sezione protocolli.

A valle del processo di programmazione delle presenze viene prodotto il **Piano di copertura dei servizi** che, per l'anno 2024, viene di seguito esposto e che costituisce la base per la definizione del **Piano di fabbisogno di personale**.

PIANO DI COPERTURA DEI SERVIZI – ANNO 2024

SERVIZIO ASA/OSS

ASA - OSS			GIGLIO	IRIS	ROSA	CICLAMINO	DALIA	VIOLA
M1	7-14	7	XX	X	XX	XX	XX	XX
M3	7-13	6	X	X	X	X	X	X
MC	7-10	3			X	X	X	X
P2	14-22	8	X	X	X	X	X	X
P3	14-20.30	6,5	X	X	X	X	X	X
P5	15-20	5	X				X	X
N	22-7	9	N	N	N	N	N	N

Il servizio è garantito da personale dipendente integrato da personale in somministrazione.

SERVIZIO INFERMIERISTICO

INFERMIERI			GIGLIO	IRIS	ROSA	CICLAMINO	DALIA	VIOLA
M1	7-14	7			a/2	a/2		
M	7-14	7					b/2	b/2
M2	8-13	5	c/2	c/2				
P1	14-21	8			d/2	d/2		
P	14-22	7					e/2	e/2
P2	15-20	5	f/2	f/2				
N	22-7	9	X/6	X/6	X/6	X/6	X/6	X/6

Il servizio viene garantito sia da personale dipendente che da personale esterno in collaborazione.

SERVIZIO MEDICO

Attualmente il servizio medico garantisce una copertura complessiva di 86 ore settimanali a cui si aggiunge il servizio garantito dalla Direzione sanitaria.

L'organico è integrato dal personale esterno che garantisce – su chiamata - la continuità assistenziale negli orari notturni e/o festivi.

Grazie a specifici accordi integrativi l'equipe interna sta comunque garantendo – a turnazione - la reperibilità negli orari diurni dei giorni festivi.

Nel corso del 2024 è inoltre previsto il potenziamento dell'organico con l'inserimento della figura di un fisiatra prescrittore.

SERVIZIO RIABILITATIVO

Il monte ore attualmente contrattualizzato riguarda n. 3 dipendenti per un totale di 86 ore parte del quale viene peraltro utilizzato nel servizio di RSA aperta.

SERVIZIO EDUCATIVO

Il monte ore contrattualizzato ad inizio 2024 ammonta a n. 87 ore. Oltre alle ordinarie attività educative e di stimolazione cognitiva e sensoriale, con il superamento della fase critica dell'epidemia, nel corso del 2023 sono riprese le iniziative ludico-ricreative e musicali finalizzate all'aggregazione e all'intrattenimento.

SERVIZIO SOCIALE

La presenza in organico di una figura di assistente sociale a tempo pieno – prioritariamente preposta all'attività di coordinamento della RSA-aperta – ha consentito di utilizzare questa professionalità anche per attività di supporto nella fase di ingresso dei nuovi ospiti, oltre che nella gestione di situazioni sociali critiche degli ospiti già ricoverati.

SERVIZIO PSICOLOGICO

La struttura garantisce una figura di supporto psicologico sia per le famiglie che per gli operatori. Il servizio è a domanda degli interessati.

SERVIZI ALBERGHIERI

L'organizzazione dei servizi alberghieri (cucina, lavanderia, parrucchiera) non prevede grandi modifiche rispetto all'attuale assetto.

SERVIZI AMMINISTRATIVI

L'attuale assetto è stato potenziato dall'ingresso di una nuova risorsa finalizzato a garantire il necessario supporto all'incremento dei carichi di lavoro e all'allargamento delle unità di offerta. Per il 2024 è previsto l'inserimento di una figura preposta alla "qualità" e alla efficace gestione dei protocolli

SERVIZIO MANUTENZIONI

L'organizzazione del servizio, per il momento, non prevede cambiamenti

SERVIZI STRUMENTALI IN APPALTO

Il servizio di fornitura delle derrate alimentari – in scadenza a giugno 2024 - sarà messo a gara tenendo conto dell'esito della procedura di affidamento del servizio pasti a domicilio da parte del Comune di Legnano.

Il servizio pulizie è in scadenza alla consorziata Contes, ma la volontà è quella di rinnovare l'affidamento per il prossimo triennio.

Il servizio energetico è assegnato sino a tutto il 2031

Anche il servizio di reperibilità medica, in assenza di concorrenti idonei, verrà prorogato all'attuale fornitore.

Gli altri servizi verranno messi a gara alla naturale scadenza

RSPP

Non sono previsti cambiamenti nel corso del triennio.

PIANI DI LAVORO

Il Piano di lavoro giornaliero delle singole figure professionali sociosanitarie costituisce il riferimento per l'organizzazione della giornata lavorativa del personale e assicura, attraverso il lavoro d'equipe, il coordinamento delle attività nei reparti.

Il Piano viene definito e aggiornato dal Coordinatore della struttura.

L'elaborazione del Piano tiene conto:

- del funzionigramma vigente
- delle risorse effettivamente assegnate dal Piano di copertura dei servizi
- delle problematiche ed esigenze contingenti

I singoli "piani di lavoro" sono depositati presso l'ufficio del Coordinatore

INDAGINE SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO

Annualmente viene condotta un'indagine sul benessere organizzativo dei lavoratori.

La procedura per l'elaborazione e diffusione dell'indagine è pubblicata nella sezione protocolli

PIANI DI SVILUPPO

Nel corso del triennio la RSA si impegnerà per ampliare, rafforzare e qualificare i servizi offerti. I principali ambiti e obiettivi di sviluppo sono i seguenti:

1. Miglioramento delle qualità assistenziale
2. Rafforzamento degli indici di benessere organizzativo degli operatori

1 - MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE

Il percorso di miglioramento qualitativo avviato negli scorsi anni dovrà proseguire e consolidarsi nel triennio attraverso un costante monitoraggio da parte dell'equipe sociosanitaria degli indicatori di appropriatezza codificati nella DGR 1765/2014.

Gli strumenti operativi per dare attuazione al predetto obiettivo generale sono

- Rafforzamento del lavoro d'equipe in particolare di quelle di medici e infermieri.
- Incremento delle riunioni di nucleo interprofessionali.
- Maggior utilizzo dello strumento di audit finalizzato ad esaminare le non conformità, le situazioni critiche individuando le azioni correttive e preventive.
- Inserimento nell'equipe medica della figura del fisiatra.
- Valorizzazione delle indagini di customer per la rilevazione dei problemi e la definizione di possibili soluzioni.
- Specializzazione di una figura preposta alla gestione dei protocolli, alla loro diffusione e alla formazione/informazione del personale.
- Cura e qualificazione degli ambienti.
- Rinnovo delle attrezzature e dei presidi medico-sanitari.
- Formazione continua e aggiornamento professionale.

2 – INCREMENTO DEGLI INDICI DI BENESSERE ORGANIZZATIVO DEGLI OPERATORI

Con frequenza annuale viene condotta un'indagine sul benessere organizzativo degli operatori. I risultati prodotti dall'ultima rilevazione evidenziano una situazione positiva, seppur migliorabile sotto diversi aspetti.

L'obiettivo del triennio sarà quello di conservare i risultati raggiunti riuscendo, per quanto possibile, a migliorarli.

Verrà inoltre incrementato il ruolo e la presenza della figura di psicologo a supporto delle situazioni critiche e di born-out.

Verrà valutata la possibilità di ritagliare uno spazio (la palestra) dove poter svolgere 2/sett una fkt di gruppo e/o personalizzata con presenza di personale qualificato per prevenire l'insorgenza di patologie e migliorare lo stato fisico degli operatori. Ciò al fine di favorire il miglioramento del benessere psico-fisico degli operatori favorendo la riduzione del tasso di assenteismo per malattia dovute a disordini muscolo-tendinei.

3- RAFFORZAMENTO DELLA INTERLOCUZIONE CON I FAMILIARI

Nel corso del triennio verranno rafforzati gli strumenti di dialogo e di confronto con i familiari degli ospiti.

L'indagine annuale sulla soddisfazione dell'utenza dovrà servire per instaurare un dialogo e un confronto con le famiglie. A questo scopo verranno riattivate riunioni periodiche per l'ascolto e l'informazione sull'andamento della RSA

Ai famigliari che dovessero vivere con particolare difficoltà la fase di inserimento del congiunto in RSA verrà offerto un servizio di supporto psicologico

Verrà inoltre sviluppata una campagna di informazione sull'istituto dei Amministratore di sostegno.

Verrà istituita la "commissione mensa" al fine di valutare la qualità del cibo

Verranno inoltre esaminate proposte che, attraverso convenzioni o intese con aziende, soggetti ed enti esterni, possano garantire servizi / benefit o altre opportunità di interesse per le famiglie dei parenti. In quest'ottica verranno anche studiate intese per screening medico-sanitari. Verrà inoltre consolidato il servizio di assistenza medica già avviato a favore dei parenti tramite convenzione con medico messo a disposizione dalla associazione "Amici del sant'Erasmus".

INTERVENTI STRAORDINARI

La struttura necessita di costante e puntuale attività manutentiva sia ordinaria che straordinaria. Gli interventi più rilevanti e urgenti si distinguono in due tipologie:

Gli interventi straordinari ricorrenti riguardano le manutenzioni di routine relative alle potature del verde, ai rifacimenti edili o impiantistici conseguenti a rotture o deperimenti.

Gli interventi non ricorrenti. Fra questi includiamo il completamento dei lavori in corso per l'adeguamento alle prescrizioni antincendio:

- Realizzazione della nuova vasca di pompaggio
- Rifacimento della rete di cablaggio dei punti di rivelazione

Altre questioni di rilevanza straordinaria riguardano il nodo irrisolto della proprietà dell'immobile occupato dalla Chiesa e dalla canonica. Tale immobile dispone anche di una abitazione attualmente utilizzato come domicilio di soccorso per personale sanitario con difficoltà abitative.

L'immobile necessita di interventi di manutenzione straordinaria che però, in assenza di certezze sulla proprietà, devono obbligatoriamente essere posticipati.

A livello più strutturale verranno monitorate le opportunità e i finanziamenti per il trasferimento del reparto protetto al piano terra (Ciclamino) finalizzata alla richiesta di riconversione dei posti letti accreditati da ordinari a posti per malati di Alzheimer.

Sul medio-lungo periodo la Fondazione potrà valutare il recupero dell'area sottostante il reparto ciclamino. Su questo spazio sono già state fatte valutazioni che non escludono la possibilità di recuperare i locali a uso ambulatori e/o uffici e/o magazzino. L'eventuale trasferimento di funzioni libererebbe spazi destinabili ad ambulatori geriatrici e/o a nuove unità di offerta (centro diurno).

ADEGUAMENTO DELLE ATTREZZATURE

La qualità e l'efficacia dell'assistenza sono strettamente correlate al corretto uso degli strumenti e delle attrezzature, alla loro funzionalità e al ricambio.

Compatibilmente con le risorse disponibili nel corso del triennio, proseguirà il programma di rinnovo dei letti in dotazione fornendo impianti a 3 snodi che, in coerenza con quanto previsto dalla DGR 7435/14, garantiscano la prevenzione delle complessità legate alle disfunzionalità posturali dell'ospite e assicurino una miglior gestione di alcune urgenze cliniche.

Le nuove attrezzature, grazie alla loro ergonomia, sono altresì funzionali ad incrementare la tutela della salute degli operatori.

Proseguirà inoltre il programma di parziale rinnovo e integrazione delle apparecchiature funzionali e delle forniture necessarie a migliorare qualità ed efficacia dei servizi.

Il programma degli acquisti del triennio è sintetizzato nella seguente tabella.

SERVIZIO	ACQUISTI PROGRAMMATI NEL TRIENNIO	NOTE
Degenza	Sostituzione letti Dalia e Viola (14) e Giglio (16)	Modello motorizzato a 3 snodi
Degenza	n. 1 sedia doccia per reparto Giglio	Modello Karino
Sanitario	1 concentratori ossigeno	scorta
Sanitario	1 Pompa infusione farmaci	
Sanitario	1 Elettrocardiografo portatile	
Assistenziale	1 lavapadelle per reparto Giglio	
Assistenziale	Vasca Giglio	
Assistenziale	n. 50 Bicchieri e n. 100 piatti per disfagici	
Assistenziale	Rinnovo distributori acqua nelle tisanerie	
Animativo	N. 2 televisori	
Educativo	n.1 tablet	
Educativo	Borsa sensoriale	Modello Pro senectute
Educativo	n. 1 Big shot con fustelle	
FKT	n. 1 sollevatore riabilitativo	
Cucina	n. 1 carrelli termici	Per emergenza
Cucina	Scaffalatura per magazzino	
Cucina	Abbattitore di temperatura	Nel caso di aumento commesse domicilio
Organizzativo	n. 1 cordless per referente OSS	
Organizzativo	n. 1 tablet scorta	
Organizzativo	n. 2 PC (1 per Dalia e n. 1 per scorta)	
Organizzativo	N. 1 fotocopiatrice per reparti	
Organizzativo	Postazione SISS reparto giglio	
Uffici	Armadiature	
Manutenzioni	N. 1 furgone	

RIFACIMENTO DEGLI IMPIANTI

Nei primi mesi del 2024 verranno completati i due macro-interventi avviati per il rinnovo della CPI:

- Realizzazione nuova vasca di pompaggio
- Rifacimento della cablatura della rete di rivelazione fumi

Sempre nell'anno 2024 dovranno essere assegnati due incarichi professionali per:

- le verifiche sui rischi di fulminazione.
- l'aggiornamento della planimetria al fine di assicurare una piena corrispondenza fra elaborati grafici e destinazione funzionale dei singoli locali, in piena coerenza con le prescrizioni fatte da ATS nel corso del recente sopralluogo per la verifica dei requisiti strutturali e tecnologici

Gli ulteriori interventi da avviare nel triennio sono:

- il parziale ammodernamento della cabina elettrica
- la razionalizzazione e il potenziamento della rete di condizionamento (uffici e cucina)
- avviato nel corso dell'ultimo triennio ha permesso di procedere ad interventi su diversi impianti:
- il posizionamento di almeno n. 1 lava padelle nei reparti

L'accordo decennale sottoscritto con Acinque SpA comporta inoltre una costante attenzione alle disfunzioni gestionali e garantisce interventi manutentivi e sostituzioni immediati degli impianti ammalorati e non funzionanti.

A livello edile-strutturale si segnalano:

- gli interventi di sistemazione delle situazioni ammalorate nei reparti
- il rifacimento della pavimentazione del terrazzo IRIS (lato parcheggio)
- la riverniciatura di zone sia interne che esterne alla struttura

ALTRI INTERVENTI RILEVANTI

Nel corso del triennio proseguirà il lavoro di sistemazione dell'archivio e di aggiornamento dell'inventario delle attrezzature.

STRUMENTI E ATTREZZATURE

INVENTARIO

Presso gli uffici amministrativi è depositato la documentazione afferente all'elenco delle attrezzature in uso, incluse le apparecchiature biomedicali e le attrezzature sanitarie e riabilitative. L'inventario delle attrezzature necessita di costante aggiornamento.

PROGRAMMAZIONE ACQUISTI

Il protocollo che regola le modalità di programmazione degli acquisti è integrato nell'apposita sezione allegata alla presente

L'acquisto di apparecchiature elettromedicali viene comunicato all'impresa che svolge le verifiche di sicurezza elettrica per l'opportuno inserimento nelle verifiche obbligatorie.

PIANO MANUTENZIONE

Presso gli uffici amministrativi viene conservato un piano di manutenzioni ordinarie delle singole attrezzature in dotazione

Gli interventi manutentivi vengono eseguiti in prima istanza dalla ditta fornitrice, se abilitata.

In subordine la Direzione, con l'ausilio del personale tecnico dedicato, raccoglie preventivi di offerta sulla base delle specifiche tecniche fornite dalla Direzione Sanitaria.

SCHEDE TECNICHE PER UTILIZZO SICURO

I responsabili dell'utilizzo delle apparecchiature e attrezzature, segnatamente Medici, Coordinatore e Fisioterapisti, vengono chiamati alla consegna per verifica prima messa in uso, con consegna di copia libretto istruzioni e schede utilizzo.

Libretto e schede vengono archiviati in originale presso gli uffici amministrativi.

Ogni acquisto di apparecchiatura biomedicale soggetta a verifica di funzionalità viene inserita nell'elenco delle apparecchiature in carico all'impresa che svolge le verifiche di sicurezza elettrica.

REGISTRO INTERVENTI MANUTENZIONE

Presso gli uffici amministrativi è depositato il registro cartaceo degli interventi manutentivi.

Tutti i manutentori esterni sono tenuti a registrare, per ogni accesso, la durata dell'intervento e gli interventi effettuati.

Tutti i fornitori dei servizi manutentivi sono altresì obbligati a fornire preventivamente i nominativi del personale autorizzato ad accedere alla Fondazione.

La Fondazione si riserva di effettuare controlli a campione sulla corrispondenza delle dichiarazioni effettuate

Il foglio-registrazione di registrazione degli interventi dei manutentori è allegato allo specifico protocollo.

PROTOCOLLO SEGNALAZIONE GUASTI

L'Art. 20 comma 1 del D. Lgs 81/08 impone a ciascun lavoratore di prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni.

Fra le varie misure che devono essere adottate a tale scopo rientra anche quella relativa alla rilevazione e segnalazione di rischi, pericoli e guasti.

Nella sezione Protocolli, è stato allegato il protocollo relativo a tali incombenze. Il protocollo è integrato dagli appositi moduli di segnalazione.

VERIFICHE SUGLI APPARECCHI ELETTROMEDICALI

La verifica sul regolare funzionamento degli apparecchi elettromedicali costituisce un presupposto indispensabile per prevenire rischi di incidenti e garantire la sicurezza dei lavoratori e degli ospiti.

Con frequenza biennale la Direzione Generale organizza con proprio personale o, in mancanza, con un'organizzazione esterna, un piano di manutenzione preventiva, di verifica funzionale e di verifica di sicurezza elettrica periodica, predisponendo per ogni Apparecchio EM il registro di controllo di cui all'art. 71 par. 4 lett. b) del richiamato D. Lgs. 81/2008.

Nell'apposita sezione è integrato il Protocollo per la gestione e l'uso appropriato delle apparecchiature elettromedicali comprensivo del fac-simile del modulo per l'attestazione del regolare funzionamento delle apparecchiature

PIANO TRIENNALE SISTEMA INFORMATIVO

Le linee guida che ispirano il Piano di azione sul sistema informativo sono finalizzate a mantenere l'efficienza, la fruibilità e l'accessibilità delle informazioni digitali, garantire l'operatività degli operatori e la piena sicurezza dei dati

Hardware

Durante questo ciclo, sarà quindi necessario provvedere:

- Alla sostituzione dell'hardware obsoleto e delle postazioni con software non più aggiornato né aggiornabile in modo ciclico. Attualmente sono presenti 8 postazioni che utilizzano Windows 7 che andranno sostituite nel 2024. È ipotizzabile un ulteriore aggiornamento del parco macchine per 5/6 postazioni/anno negli anni 2025 e 2026.
- La migrazione dell'attuale server SRV01 (tramite in-place-upgrade o creazione di nuova istanza) verso una versione più aggiornata e supportata di OS (il supporto di Windows Server 2012R2 è terminato ad ottobre 2023). Le istanze SRV02 e SRV03 (Windows Server 2016) sono supportate fino all'11/1/2027.
- La sostituzione dell'attuale server, che ha raggiunto i 5 anni di operatività: il ciclo di vita medio di un server è di circa 8 anni. In assenza di necessità di upgrade per esigenze di maggiore potenza di calcolo/spazio o di problematiche particolari, questa operazione potrebbe avvenire nel 2026.

Più in generale è necessario considerare che l'aggiornamento dell'hardware dovrebbe ulteriormente seguire le evoluzioni tecnologiche sulle quali si baseranno le applicazioni utilizzate.

Potrebbe essere ad esempio incrementato il numero di Tablet in uso nei reparti; la sostituzione di alcune postazioni desktop potrebbe essere fatta con dispositivi mobili.

Cloud

Attualmente i dati e gli applicativi utilizzati risiedono localmente, all'interno dell'infrastruttura dell'ente, che quindi è garante della sicurezza degli stessi; i servizi esterni operativamente utilizzati possono essere circoscritti alla sola posta elettronica (non vengono infatti utilizzati regolarmente altri strumenti messi a disposizione dalla suite Google Workspace).

Volgendo uno sguardo a livello globale, è chiaro che la maggior parte delle software-house ha svoltato verso soluzioni cloud SaaS (Software-as-a-Service) e che le aziende affidino sempre più servizi – anche strategici – al cloud.

Questo sarà sicuramente un tema da affrontare, visto anche l'acquisizione di CBA da parte di Zucchetti e l'integrazione in "Zucchetti Healthcare". Non è da escludere che questa soluzione possa essere proposta in modalità "cloud" e non più on-premise nel prossimo futuro.

La tematica della gestione e sicurezza dei dati sanitari sarà quindi da valutare attentamente.

Connettività

La connessione dati attualmente presente è costituita da un link in fibra ottica dedicata con banda simmetrica di 10Mbps, risulta essere ormai non più adeguata alle necessità. L'attuale fornitore è Retelit, che ha acquisito Irideos (che era subentrata a sua volta a Cloudditalia, Eutelia, Amtel); questo continuo passaggio di gestione comporta inoltre delle notevoli difficoltà nella corretta gestione delle segnalazioni/guasti, in quanto si tratta di un progetto ad-hoc nato più di 20 anni fa.

Le soluzioni commerciali vagliate, basate sulla medesima tecnologia, risultano essere troppo onerose (450€/mese per banda 100/100Mbps e circa 1.000€/mese per 1Gbps simmetrico).

Risultano essere stati effettuati recentemente gli scavi da parte OpenFiber; è quindi ragionevole ipotizzare che entro il 2024 potrebbe essere attivata una soluzione FTTH (più economica, sebbene con garanzie di servizio diverse) – possibilmente con un link di backup (rame o radio).

Infrastruttura di rete

L'ente dispone di un cablaggio di recente realizzazione. L'attuale implementazione risulta sicuramente efficace e adeguata alle esigenze. Le componenti attive (switch e AP) è ancora tecnicamente valida e consentono l'attivazione di ulteriori servizi (es. dispositivi IoT, sensori, domotica etc.)

Nel corso del 2023 è stato completamente rivisitato l'impianto di videosorveglianza, con il passaggio a telecamere IP e la copertura di nuove aree non precedentemente presidiate sfruttando anche punti rete già predisposti nel progetto del 2019.

Misure di sicurezza

Come già riportato nel documento sullo stato dell'arte dell'infrastruttura, negli ultimi mesi sono stati attivati diversi servizi di potenziamento delle difese e del monitoraggio della rete; anche in questo campo l'evoluzione è continua – a nuove minacce e sistemi di intrusione è necessario adeguare le proprie difese. Il livello raggiunto è sicuramente molto buono. È comunque ipotizzabile che interventi di potenziamento/miglioramento del sistema si possano rendere necessari nel prossimo triennio. Sarà quindi opportuno valutarli attentamente, compatibilmente con le disponibilità economiche.

INSERIMENTO E GESTIONE DELL'OSPITE

PROTOCOLLO CRITERI E MODALITÀ DI ACCESSO UTENTE

L'inserimento in struttura dei nuovi ospiti è regolato da specifico protocollo, pubblicato nella sezione allegata. Il testo integrale del protocollo è accluso anche alla Carta dei servizi.

CONTRATTO DI INSERIMENTO DEL NUOVO OSPITE

La Fondazione Sant'Erasmus ha adottato lo schema tipo di contratto di ingresso con l'utente, di cui alla DGR n. 1185/2013 che prevede:

- Individuazione delle parti contraenti, presenza firma dell'ospite/garante, eventuale terzo obbligato, Ente locale, eventuale Ads/tutore/curatore e Ente Gestore;
- definizione dell'oggetto contrattuale;
- durata del contratto;
- modalità di dimissioni (obbligo di preavviso per dimissioni volontarie e relative conseguenze economiche e modalità di gestione del calcolo della retta in caso di decesso e dimissioni)
- retta applicata in base al Prospetto Rette in vigore ed eventuale deposito cauzionale e relative modalità di pagamento; modalità variazione della retta e penalità in caso di mancato pagamento;
- obblighi dell'Ente Gestore (descrizione servizi/prestazioni erogate all'ospite e tutela dei diritti dell'ospite come da Carta dei Servizi e modalità erogazione servizi);
- gestione delle assenze dovute a ricoveri ospedalieri;
- recesso e risoluzione del contratto e indicazione delle conseguenze circa il calcolo della retta;
- modifiche al contratto in forma scritta e sottoscritte da entrambe le parti;
- individuazione del Foro esclusivo competente.

Fanno parte integrante del contratto:

- la domanda di ingresso
- la relazione sanitaria
- la Carta dei Servizi
- il Regolamento
- il Prospetto Rette in vigore
- l'Informativa su Amministratore di Sostegno
- il modulo di consenso normativa Privacy
- il modulo delle persone autorizzate a ricevere le informazioni
- il modulo di dichiarazione del Vice- Garante (se indicato)

La presa in carico di un nuovo ospite avviene di norma dal lunedì al giovedì nella fascia oraria del mattino tra le 10.00 e le 11.00. All'ingresso viene effettuata la visita da parte dell'equipe sanitaria e a seguire il colloquio con le educatrici (protocollo RSA SAN/AMM 2).

Al momento dell'ingresso in struttura dovrà essere presentata tutta la documentazione utile di cui si è in possesso:

- cartella clinica di ricoveri precedenti
- esami strumentali (TAC, Risonanza magnetica, Radiografie) e di laboratorio
- documenti di riconoscimento
- codice fiscale

- tessera sanitaria e tesserini di esenzione

Inoltre, dovranno essere forniti gli indumenti personali e la biancheria necessaria (come da elenco fornito dall'ente).

Entro 60 giorni dall'ammissione, qualora si evidenzino nell'ospite problemi di mancato adattamento alla vita comunitaria, la Direzione della R.S.A. può disporre la dimissione.

Le dimissioni volontarie vanno presentate con preavviso minimo di 15 giorni. Su specifica dell'ospite o del garante viene compilata richiesta scritta di dimissione, indicando il giorno di uscita dalla Fondazione Sant'Erasmus. La richiesta viene presentata presso gli Uffici Amministrativi, che ne rilasciano copia.

Le dimissioni possono essere disposte dalla Fondazione qualora sussistano le seguenti situazioni:

- incompatibilità dell'ospite con la struttura sotto il profilo sanitario, igienico (es. malattie infettive, contagiose, alcolismo, malattie neuropsichiatriche) e comportamentale.
- mancato pagamento della retta per il periodo di novanta giorni.
- gravi episodi di mancato rispetto del Regolamento della R.S.A. da parte dell'ospite o dei parenti.

Lo schema di contratto è **all. 4** alla presente prelazione

DOCUMENTI SOCIO-SANITARI

Il fascicolo socioassistenziale e sanitario (FASAS) è l'insieme unitario della documentazione sociosanitaria relativa all'assistito. Il FASAS si articola in diverse sezioni atte a rendere evidenza del progetto di presa in carico dell'utente, degli interventi pianificati ed attuati, nel rispetto della situazione individuale e relazionale dell'utente, assicurati dall'unità d'offerta.

Il fascicolo è costantemente alimentato dalle attività dei seguenti soggetti, salvo diversamente stabilito dall'Ente:

1. Medici;
2. Infermieri;
3. Fisioterapisti;
4. Educatori sociosanitari.
- 5 ASA/ OSS

Il FASAS è composto da una collezione eterogenea di documenti, legati tra loro da un vincolo archivistico che rispecchia, in maniera organica e complessa, il decorso clinico e socioassistenziale del paziente-ospite e conserva efficacemente la memoria delle attività svolte dai soggetti che intervengono.

Il fascicolo raccoglie la seguente documentazione:

1. Modulo di anamnesi
2. Esame obiettivo
3. Esame funzionale
4. Progetto Individuale e PAI - Piano di Assistenza Individualizzato
5. Diario clinico

- 6. Schede di valutazione
- 7. Prescrizioni
- 8. Scheda di osservazione SOSIA
- 9. Referti (esami, indagini, visite specialistiche ...)
- 10 Somministrazione farmaci
- 11 Attività per ospite

Dal 15 ottobre 2020 è in uso il Fascicolo Sanitario informatizzato attraverso il portale CBA. L'amministrazione provvede all'ingresso del nuovo ospite ad aprire il dossier anagrafico e di immettere i dati nel FASAS elettronico (di seguito chiamato FSE).

La modalità di compilazione, conservazione, archiviazione del FASAS e di ogni altra documentazione comprovante l'attività sociosanitaria sono esposte nello specifico protocollo

PROGETTO INDIVIDUALE E PAI - PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO

I documenti in oggetto contengono la pianificazione del processo di assistenza e cura in base alle ipotesi diagnostiche ed alla valutazione dei problemi in atto.

I documenti sono redatti da più figure che lavorano in equipe con il continuo confronto con il paziente e i suoi familiari, ed è da questo sottoscritto.

(Qualora il paziente/familiare fosse munito di firma digitale, è possibile creare i documenti direttamente in formato elettronico, senza problemi per la sua conservazione né per le revisioni successive).

In mancanza di firma digitale l'apposizione di firma da parte del paziente/tutor/familiare con firma grafometrica forte consente di superare il problema della conservazione in originale del supporto cartaceo così come le successive variazioni.

DIARIO CLINICO

Il diario clinico ha lo scopo di documentare nei tempi appropriati e per il singolo paziente la situazione clinica e la realizzazione e l'adeguatezza del piano diagnostico, terapeutico e assistenziale (decorso clinico, decisioni inerenti al programma di cura, risultati delle prestazioni cliniche e assistenziali erogate).

PROTOCOLLI, PROCEDURE

I protocolli e le procedure attualmente in vigore presso la RSA sono allegati alla presente relazione e vengono riepilogati nella seguente tabella:

N.	CODIFICA	PROTOCOLLO
1	P.2.1	Modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento
2	P.3.1	Segnalazione guasti
3	P.3.2	Gestione ed uso appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche
4	P.3.3	Criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione delle liste di attesa, accogliimento e registrazione)
5	P.3.4	Redazione protocolli e procedure operative con relativo piano di attuazione e diffusione
6	P.3.5	Protocollo inserimento nuovo operatore
7	Q.1.3	Protocollo per la palliazione e la sedazione terminale
8	Q.1.4	Decesso dell'ospite
9	Q.1.5	Dimissione dell'ospite nell'ottica della continuità assistenziale
10	Q.1.6	Ingresso e presa in carico di un nuovo ospite. Procedura per la stesura del PAI
11	Q.1.7	Gestione del dolore
12	Q.1.8	Somministrazione degli alimenti e delle bevande per la corretta alimentazione in età geriatrica
13	Q.1.9	Procedura mobilitazione della persona assistita
14	Q.2.1	Gestione terapia trasfusionale
15	Q.2.2	Gestione visite specialistiche ed esami strumentali e prelievi ematici
16	Q.2.3	Igiene dell'ospite nel rispetto della privacy
17	Q.2.5	Utilizzo mezzi di contenzione e tutela fisica
18	Q.2.6	Regolazione ingresso visitatori
23	T.1.1	L'identificazione, la segnalazione e la gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella
24	T.1.2	Sorveglianza e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, ivi compresa l'adozione di adeguate strategie vaccinali ove clinicamente ritenute opportune
25	T.1.3	Modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori
26	T.1.4	Procedura programmazione acquisti di apparecchiature biomediche e dispositivi medici
27	T.1.5	Approvvigionamento, conservazione, smaltimento dei farmaci. Tracciabilità della somministrazione dei farmaci (con riferimenti normativi)
28	T.1.6	Prevenzione e gestione dell'incontinenza sfinterica
29	T.1.7	Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione

30	T.1.8	Prevenzione e rilevazione cadute
31	T.1.9	Modalità di compilazione e conservazione, archiviazione del FASAS e di ogni altra documentazione comprovante l'attività sociosanitaria erogata
19	T.2.1	Protocollo di smaltimento rifiuti speciali

N.	CODIFICA	PROCEDURE OPERATIVE
32	Q.3.9	Procedura per la Prevenzione e gestione infezioni da legionella
33	Q.5.1	Procedura per la manutenzione dei sistemi antincendio
34	R.3.3	Programmazione delle presenze del personale. Piano di lavoro
35	R.3.4	Procedura somministrazione annuale questionari customer satisfaction
36	R.3.5	Criteri e modalità di accesso gruppi, associazioni, volontari
37	R.3.6	Procedura gestione segnalazioni disservizi
38	R.3.7	Procedura gestione segnalazioni elogi
39	R.3.8	Pulizia e sanificazione degli ambienti
44	T.3.1	Selezione ed inserimento di nuovo personale
45	T.3.2	Stesura piano formazione e aggiornamento personale
46	T.3.3	Procedure per adempimento al debito informativo (addendum al prot. T.1.9)
47	T.3.4	Sistema di valutazione dei comportamenti
48	T.3.5	Sistema di gestione della qualità

Tutti i protocolli sono disponibili nella sezione dedicata del portale intranet. Il responsabile del servizio monitora gli aggiornamenti ed è responsabile della condivisione con il gruppo di lavoro. I singoli protocolli vengono sottoscritti dagli operatori per presa visione e conoscenza; i contenuti vengono discussi e approfonditi in specifici momenti formativi e durante le riunioni di equipe. Presso il servizio è disponibile la raccolta cartacea dei protocolli con evidenza della sottoscrizione da parte del personale interessato.

RELAZIONI ESTERNE

REGOLAZIONE INGRESSO VISITATORI

L'ingresso dei familiari e dei visitatori è regolato dalla legge L.199 del 30/12/2022

Fermo restando l'adozione delle misure necessarie alla prevenzione del contagio da Covid-19 e a condizione che siano assicurate idonee misure di protezione individuali, le direzioni sanitarie garantiscono la continuità delle visite da parte di familiari con cadenza giornaliera, consentendo loro anche di prestare assistenza quotidiana nel caso in cui la persona ospitata sia non-autosufficiente. Resta di fondamentale importanza l'obbligo di sottoscrizione del patto di corresponsabilità per il rispetto delle regole di comportamento e, in particolare per l'uso dei DPI (l'obbligo di indossare i dispositivi è stato adottato con ordinanza del Ministero della salute sino al 30 giugno 2024).

CRITERI E MODALITA' DI ACCESSO GRUPPI, ASSOCIAZIONI, VOLONTARI (R.3.5)

La Fondazione incentiva e facilita il dialogo, la collaborazione e il coinvolgimento dell'associazionismo locale e in particolare del terzo settore.

Attualmente le intese attivate riguardano:

- l'assistenza agli ospiti in RSA: con l'associazione ETS "Amici del Sant'Erasmus"
 - il trasporto degli ospiti presso ambulatori e sedi esterne: con la UILDM
 - il trasporto pasti a domicilio e/o presso centri estivi: UILDM e AUSER
- Nel corso del 2023 la Fondazione ha aderito al Forum del Terzo settore

STRUMENTI INFORMATIVI AL PUBBLICO

Gli ospiti e i fruitori dei servizi vengono informati attraverso i tradizionali strumenti di comunicazione:

- Carta dei servizi
- Bacheche interne
- Comunicazioni telefoniche e scritte dalla segreteria
- Informazioni dirette dagli operatori e dei medici
- Moduli segnalazione lamentele

In assenza di situazioni di emergenza epidemiologica la Direzione, d'intesa con il CdA, organizza incontri di informazione e aggiornamento con i familiari degli ospiti.

L'indagine annuale di customer consente inoltre di rilevare lo stato dei servizi e gli eventuali bisogni/proposte di miglioramento.

Nel caso di eventi di particolare interesse pubblico la Direzione cura la predisposizione e l'invio di comunicati agli organi di informazione sia cartacea che on line.

PROCEDURA "LAMENTELE"

La carta dei servizi riconosce ad ospiti e parenti il diritto/dovere di segnalare disservizi, problemi e criticità.

La segreteria garantisce un costante aggiornamento delle segnalazioni, lamentele pervenute e delle risposte fornite

La gestione delle lamentele è regolata dalla specifica procedura

PROCEDURA "ELOGI"

Gli ospiti e i parenti hanno anche la facoltà di segnalare apprezzamenti e condivisioni relative al buon andamento dei servizi offerti.

La gestione degli elogi è regolata dalla specifica procedura

CERTIFICAZIONI ANNUALI

Nei primi mesi del nuovo anno gli uffici predispongono la rendicontazione degli incassi ricevuti dagli ospiti per il ricovero in struttura e per le prestazioni sanitarie erogate.

Nel mese di aprile/maggio vengono rilasciate agli ospiti le certificazioni della spesa sanitaria. Tali certificazioni potranno essere utilizzate per le detrazioni fiscali nella dichiarazione dei redditi dei ricoverati ovvero dei familiari che hanno concorso al pagamento della retta.

La predetta documentazione, previa autorizzazione del garante, viene inviata all'Agenzia delle Entrate, al fine di predisporre le relative attestazioni per le dichiarazioni precompilate.

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Con frequenza annuale la struttura procede alla verifica e all'aggiornamento del possesso dei seguenti requisiti:

TITOLO DI GODIMENTO DELL'IMMOBILE

La proprietà degli immobili sede della RSA – Corso Sempione, 34 – Legnano – è interamente appartenente al patrimonio della Fondazione e viene annualmente certificata con l'approvazione del bilancio

REQUISITI DELL'EDIFICIO DESTINATO ALL'ATTIVITÀ SOCIOSANITARIA

Strumento urbanistico: Variante al PGT Generale approvata con delibera di C.C. n. 29 del 08/03/2017 entrata in vigore con pubblicazione sul BURL serie Avvisi e Concorsi n. 26 del 28/07/2017 e successiva Variante di revisione e semplificazione dell'impianto normativo del Piano delle Regole e del Piano dei Servizi del vigente PGT approvata con delibera di C.C. n. 25 del 17/07/2020 entrata in vigore con pubblicazione sul BURL serie Avvisi e Concorsi n. 35 del 26/08/2020

Disciplina del Piano dei Servizi: Aree per servizi e spazi di uso e interesse pubblico esistenti come "Attrezzature diverse di interesse comune, Servizi per Sanità e Assistenza n. 2.18 RSA S. Erasmo"

Vincoli: L'immobile storico, la ex Portineria e la Chiesa sono sottoposti a tutela quale Bene Culturale ai sensi dell'articolo 10, comma 3, del d. lgs n. 42 del 2004 e s.m. con provvedimento ai sensi della L. 364/1909, art. 5, quale "Ospizio di S. Erasmo (ex)" con vincolo apposto in data 15/10/1913.

AGIBILITÀ

L'agibilità degli immobili destinati a RSA è stata ottenuta dal Comune come segue:

Corpo A (edificio storico): rilasciata in data 30 agosto 1994 prot. 13657/1371

Corpo B (piano rialzato): rilasciata in data 22 novembre 1995 (prot. 33444/3852)

Corpo B (seminterrato) + corpo C + corpo D: rilasciata in data 21 marzo 2022 (prot. 5121/891)

Corpo D (sottotetto): rilasciata in data 11 agosto 2005 (prot. 27890/4179)

Le pratiche sono conservate presso gli uffici amministrativi

PROTEZIONE ANTISISMICA

Le certificazioni di collaudo statico sono state acquisite come segue:

Corpo A: 19/6/90 e 11/2/91

Corpo B: 15/9/93

Corpo C: 20/6/2001

Corpo D: 27/6/2001

Collegamento edifici: 12/7/2005

Prove carico solai: 8/6/2000

La relazione di verifica della vulnerabilità sismica dell'intero immobile è stata acquisita in data 31/8/2018 a firma Ing. Luigi Cardani

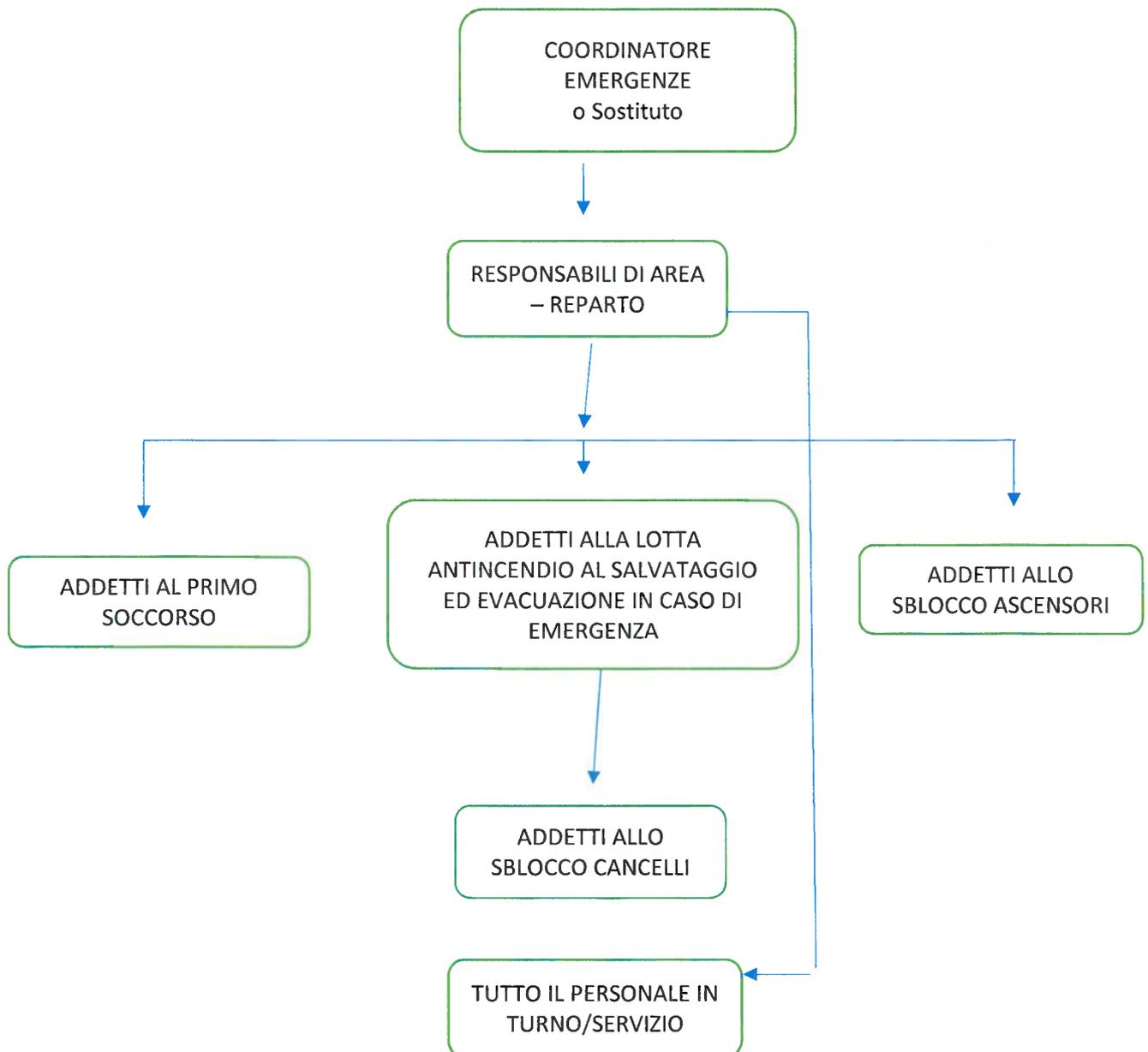
PROTEZIONE ANTINCENDIO

È in corso la pratica di rinnovo della CPI

La Fondazione dispone altresì

- del Piano delle emergenze (datato 20.7.2023)
- dell'atto di designazione e dei relativi attestati di formazione degli addetti antincendio
- della documentazione attestante l'esecuzione delle prove di evacuazione
- di procedure per la manutenzione programmata dei presidi e del relativo registro dei controlli

Organigramma funzionale Gestione Emergenze



PROTEZIONE ACUSTICA

- Documento di collaudo dei presidi

SICUREZZA ELETTRICA E CONTINUITÀ ELETTRICA:

- dichiarazioni di conformità dell'impianto
- dichiarazioni di rispondenza dell'impianto
- documentazione dei controlli periodici
- verifiche di messa a terra

IMPIANTI DI PROTEZIONE CONTRO LE SCARICHE

- Dichiarazione di autoprotezione (in corso incarico per rinnovo)

GRUPPO ELETTROGENO

- Attestati di verifica periodica di efficienza e funzionamento

SICUREZZA ANTINFORTUNISTICA

- Documento di valutazione dei rischi

IGIENE E SICUREZZA DEI LUOGHI DI LAVORO

- Autorizzazione in deroga per locali seminterrati
- Attestazioni di verifiche periodiche degli impianti di sollevamento
- Certificati di conformità degli impianti idro-termo-sanitari e dell'impianto a gas
- Presenza dei libretti d'uso e manutenzione

LEGIONELLOSI

- Procedure di autocontrollo

PROTEZIONE DALLE RADIAZIONI IONIZZANTI

La Fondazione non dispone di sorgenti radioattive (apparecchiature radiodiagnostiche)

ELIMINAZIONE DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE

- Dichiarazione rilasciata da tecnico-progettista

SMALTIMENTO RIFIUTI SANITARI

La Fondazione dispone di contratto con ditta autorizzata allo smaltimento.

Dispone altresì di idonei contenitori per la raccolta di materiale a rischio infettivo e di idonei spazi di stoccaggio.

IMPIANTO TRATTAMENTO ARIA

- Dichiarazione di conformità
- Relazione tecnica con indicazioni dei parametri termo-igro-volumetrici
- Piano di manutenzione

GAS MEDICALI e MATERIALI ESPLODENTI

La Fondazione non dispone di impianto di distribuzione e utilizza bombole e concentratori di ossigeno.

La Fondazione non dispone di materiali esplosivi

SICUREZZA SUL LAVORO (DL 81/08)

A partire dal 2022 è stato avviato un importante lavoro di aggiornamento del DVR e della documentazione di valutazione, dei protocolli, dei piani ad esso correlati. Il piano di lavoro e quello formativo proseguiranno anche nel triennio.

I rischi per la salute sono costantemente monitorati. In particolare, viene assicurata una adeguata attenzione alle situazioni/eventi/contesti che determinano potenziali rischi di produrre infortuni.

I moduli di "incident reporting" sono collocati presso le infermerie, gli studi medici, l'ufficio del coordinatore e la segreteria.

R.S.A. APERTA

ORIGINE DEL SERVIZIO DI RSA APERTA

La RSA aperta è una misura innovativa introdotta sperimentalmente in Lombardia con la DGR 856/2013, confermata con la DGR 2942/2014 e attualmente normata dalla DGR 7769/2018. Si caratterizza per l'offerta di interventi utili a promuovere la permanenza a domicilio del beneficiario il più a lungo possibile e a sostenere il caregiver nelle attività di assistenza. L'intenzione è mantenere nel tempo le capacità residue del beneficiario e rallentare il declino delle diverse funzioni, evitando o ritardando il ricovero definitivo in struttura.

Oltre all'ospitalità residenziale, i servizi e le prestazioni che la RSA aperta può offrire con il proprio personale sono: cure domiciliari, accoglienza diurna, accoglienza residenziale in continuità con il MMG e la rete sanitaria dei servizi per la gestione degli aggravamenti dei pazienti con diverse patologie anche croniche, accoglienza residenziale per la stabilizzazione del paziente con disturbo cognitivo.

Altre prestazioni offerte dalla RSA aperta possono essere: consulenze geriatriche, attività motorie riattivanti, informazione, formazione, addestramento ai caregiver, segretariato sociale, pulizia dell'alloggio e consegna dei pasti a domicilio.

DESTINATARI

Secondo la DGR 7769/2018, possono richiedere l'accesso alla misura della RSA aperta persone residenti in Lombardia iscritte al Servizio Sociosanitario Regionale, che si trovano nelle seguenti condizioni:

✓ persone con demenza certificata da un medico specialista geriatra o neurologo di strutture accreditate o centro ex UVA, oggi CDCD;

✓ anziani non autosufficienti di età pari o superiore a 75 anni, riconosciuti invalidi al 100% (con o senza indennità di accompagnamento).

In entrambi i casi i beneficiari devono disporre di almeno un caregiver familiare e/o professionale che presta assistenza nell'arco della giornata e della settimana.

La domanda di accesso va presentata agli enti erogatori: questi sono RSA che, avendo deciso di aderire alla misura, hanno stipulato apposito contratto con l'ATS (Agenzia di Tutela della Salute) di riferimento; la lista degli enti erogatori è reperibile sul sito internet della Regione Lombardia e sui siti delle ATS.

PROCEDURE DI AMMISSIONE

L'iter di ammissione e la valutazione multidimensionale sono affidati ai gestori.

Il cittadino interessato alla misura deve quindi presentare la domanda, con apposita modulistica e allegando la documentazione richiesta (es. certificazione diagnostica di demenza o copia del verbale di invalidità civile), direttamente alla RSA scelta tra quelle che aderiscono a questa misura.

Il modulo utilizzato dalla nostra Fondazione è depositato in segreteria.

Nel colloquio informativo con gli interessati all'avvio del servizio vengono presentate finalità e modalità di erogazione e raccolte informazioni rispetto alla situazione del beneficiario, per valutare l'appropriatezza della richiesta.

Essendo una misura relativamente recente, può capitare che la RSA aperta venga proposta come possibilità, a famiglie che si rivolgono alla RSA per chiedere informazioni generiche sui servizi disponibili e non la conoscono ancora; in altre situazioni, i familiari possono essere al corrente della misura, talvolta in modo sommario - presentandosi quindi alla consegna della domanda con aspettative e richieste incongrue rispetto agli interventi erogabili - o in modo parzialmente distorto, perché influenzato da chi ha parlato loro della misura e da come gliene ha parlato.

Il facsimile della domanda di accesso alla RSA aperta prevede che chi presenta la richiesta apponga la propria firma su un modulo in cui sono elencati i motivi di esclusione dalla misura, quali beneficiare di misure e/o interventi regionali incompatibili, fruire di altri servizi / unità d'offerta semiresidenziali della rete sociosanitaria, avere in corso altre richieste per la misura RSA aperta. In fase di raccolta della domanda è necessario sottolineare l'importanza di tale dichiarazione, che può compromettere la possibilità di attivare la misura o determinare l'impossibilità per l'ente erogatore di ottenere la remunerazione degli interventi effettuati.

Entro 5 giorni lavorativi dal ricevimento, la domanda viene registrata, protocollata e sottoposta a una prima verifica; se risulta idonea (possesso dei requisiti di accesso e assenza di incompatibilità), la famiglia verrà contattata per fissare la Valutazione Multidimensionale (VMD) al domicilio della persona, che dovrà essere effettuata entro i successivi 10 giorni lavorativi.

La DGR prevede che la VMD includa la somministrazione di alcuni test validati:

➤ Strumenti validati da somministrare ai beneficiari:

CDR (Clinical Dementia Rating), per valutare la gravità della demenza, o BIM (Barthel Index Modificato), per valutare il grado di dipendenza dell'anziano non autosufficiente con 100% di invalidità

➤ Strumento validato da somministrare ai caregiver:

CBI (Caregiver Burden Inventory), per misurare lo stress da caregiving

In base all'esito della valutazione multidimensionale, verrà definito un Progetto Individualizzato (PI) in cui sono esplicitate aree di intervento, figure professionali coinvolte e durata (in ogni caso non superiore a 3 mesi). Il PI dovrà anche indicare la data prevista per l'attivazione degli interventi che, di norma, dovrà avvenire entro i successivi 30 giorni.

Il progetto può articolarsi in momenti sviluppati a livello domiciliare, semiresidenziale e residenziale (es. ricoveri di sollievo), attraverso interventi mirati e non sostitutivi di quelli già garantiti dalla filiera dei servizi della rete d'offerta consolidata (es. CDI). La misura è quindi incompatibile con la fruizione contemporanea di altre misure e interventi regionali e di altri servizi della rete sociosanitaria (a eccezione di interventi di tipo ambulatoriale e prestazioni quali prelievi a domicilio erogate in ADI); è invece compatibile con altre misure nazionali o locali di carattere socioassistenziale (es. FNA Fondo per la Non Autosufficienza, SAD).

PRESTAZIONI EROGABILI

Gli interventi rivolti alle persone con demenza si differenziano in relazione al livello di gravità della malattia; la differenziazione riguarda gli ambiti (domiciliare o semiresidenziale), la durata (es. numero interventi per ciclo, durata del singolo accesso) e la modalità di erogazione (individuale o di piccolo gruppo).

Secondo la DGR 7769/2018 gli interventi erogabili in questa area riguardano:

- ✓ stimolazione cognitiva;
- ✓ sostegno e consulenza alla famiglia per la gestione di disturbi del comportamento;
- ✓ supporto psicologico al caregiver;
- ✓ stimolazione e mantenimento delle capacità motorie;
- ✓ riabilitazione motoria;
- ✓ igiene personale completa;

- ✓ nursing;
- ✓ interventi per problematiche legate alla malnutrizione/disfagia;
- ✓ consulenza e addestramento alla famiglia per l'adattamento e la protesizzazione degli ambienti domestici;
- ✓ interventi di mantenimento delle capacità residue e prevenzione dei danni terziari;
- ✓ ricoveri di sollievo.

Gli interventi erogabili invece per gli anziani non autosufficienti con 75 anni o più sono:

- ✓ mantenimento delle abilità residue;
- ✓ consulenza e addestramento alla famiglia per la protesizzazione degli ambienti domestici;
- ✓ consulenza alla famiglia per la gestione di problematiche specifiche relative all'alimentazione;
- ✓ consulenza alla famiglia per la gestione di problematiche specifiche relative all'igiene personale;
- ✓ interventi al domicilio occasionali e limitati nel tempo in sostituzione del caregiver;
- ✓ accoglienza in RSA per supporto al caregiver.

La DGR 7769/2018 che regola la misura, prevede che gli interventi siano erogati prevalentemente al domicilio delle persone. Tuttavia, la misura prevede come sede di erogazione sia il domicilio dei beneficiari, che la RSA (non nelle aree destinate alla residenzialità) o l'eventuale CDI in essa ubicato: gli interventi erogati all'interno di CDI/RSA devono di norma essere svolti utilizzando le aree generali e di supporto, le aree di socializzazione, le aree destinate a valutazione e terapia, con eccezione delle eventuali attività svolte all'interno dei nuclei Alzheimer, riservabili alle sole persone con demenza.

ASSEGNAZIONE OPERATORI

La tipologia degli interventi, le figure coinvolte, la durata del servizio, l'entità delle misure sarà definita dal PAI (Piano di assistenza individuale).

La Fondazione garantisce l'impiego di personale dedicato. Ciò al fine di ridurre emergenze gestionali, favorire la continuità assistenziale e la possibilità di rafforzare la stabilità delle relazioni fra il beneficiario degli interventi e gli operatori sociosanitari.

ORARIO E GIORNATE DELLE PRESTAZIONI

Le prestazioni al domicilio vengono effettuate dal lunedì al sabato nella fascia oraria dalle 8.00 alle 20.00. Eventuali deroghe a tale orario possono essere previste a seguito di valutazione da parte della Fondazione e comunque per situazioni di estrema eccezionalità.

Le prestazioni presso gli spazi della RSA vengono effettuate normalmente nella fascia oraria dalle 13.30 alle 17.30 in giorni da stabilire con la Fondazione.

ORGANICO

Personale forza 28/02/2024	in al	Numero operatori				TOTALE
		Fondazione				
		Dipendenti	Intermittenza	Somministrati	liberi prof	
Medico				1	1	
OSS		6			6	
Educatori *		1		1	2	
FKT *		2		6	8	
Infermiere *				2	2	
Coordinatrice (AS)		1			1	
Psicologo *				1	1	
		10		11	21	
* n.1 Educatore n.2 infermiere e n.1 psicologo: impiegati anche in RSA						

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Per quanto concerne i servizi domiciliari (RSA Aperta), si privilegia la continuità del rapporto fra operatore ed utente e pertanto la sostituzione del personale assegnato viene limitata ai casi di malattia/ferie dell'operatore. Al fine di razionalizzare l'impiego del personale per i casi di sostituzione di durata breve, si privilegia l'impiego di personale già in servizio nella RSA aperta.

CUSTOMER SATISFACTION

Annualmente viene condotta un'indagine sulla customer satisfaction. L'indagine consente di monitorare la situazione complessiva del servizio adeguando obiettivi e gestendo le eventuali criticità.

PROTOCOLLI, PROCEDURE

I protocolli e le procedure attualmente in vigore per la regolazione del servizio di RSA aperta sono allegati alla presente relazione e vengono riepilogati nella seguente tabella:

PROT PROC	N.	COD.	PROTOCOLLO	PROCEDURE OPERATIVE
prot.	17	Q.2.5	Utilizzo mezzi di contenzione e tutela fisica	
prot.	20	S.4.1	Modalità di compilazione e conservazione, archiviazione del FASAS RSA aperta	
prot.	21	S.4.2	RSA Aperta: criteri e modalità accesso utenti	
prot.	22	S.4.3	Rapporto con i servizi del territorio	
prot.	26	T.1.4	Procedura programmazione acquisti di apparecchiature biomediche e dispositivi medici	
prot.	28	T.1.6	Prevenzione e gestione dell'incontinenza sfinterica	
prot.	29	T.1.7	Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione	
prot.	30	T.1.8	Prevenzione e rilevazione cadute	
proced.	40	S.4.4		Igiene personale Addendum Protocollo Q.2.3
proced.	41	S.4.5		Procedura per interventi di stimolazione cognitiva e mantenimento delle abilità cognitive residue

proced.	42	S.4.6		Procedura per interventi di stimolazione e mantenimento delle capacità e abilità motorie residue
proced.	43	S.4.7		Nursing
proced.	44	T.3.1		Selezione ed inserimento di nuovo personale
proced.	45	T.3.2		Stesura piano formazione e aggiornamento personale
proced.	46	T.3.3		Procedure per adempimento al debito informativo (addendum al prot. T.1.9)
proced.	47	T.3.4		Sistema di valutazione dei comportamenti
proced.	48	T.3.5		Sistema di gestione della qualità
prot.	52	D.1.4	Gestione delle emergenze/urgenze	
prot.	54	D.1.6	Prevenzione e gestione sindrome da immobilizzazione	

Tutti i protocolli sono disponibili nella sezione dedicata del portale intranet. Il responsabile del servizio monitora gli aggiornamenti ed è responsabile della condivisione con il gruppo di lavoro. I singoli protocolli vengono sottoscritti dagli operatori per presa visione e conoscenza; i contenuti vengono discussi e approfonditi in specifici momenti formativi e durante le riunioni di equipe. Presso il servizio è disponibile la raccolta cartacea dei protocolli con evidenza della sottoscrizione da parte del personale interessato.

CURE DOMICILIARI

POLITICA, OBIETTIVI E ATTIVITÀ

FINALITÀ DEL SERVIZIO

Le cure domiciliari sono finalizzate a migliorare complessivamente la qualità di vita di un soggetto fragile al proprio domicilio, permettendo così alla persona di rimanere nel proprio ambiente naturale di vita e di relazioni, evitando ricoveri ospedalieri impropri o precoci inserimenti definitivi in strutture residenziali.

La finalità delle cure domiciliari è favorire la permanenza della persona fragile presso il proprio domicilio il più a lungo possibile.

Gli obiettivi principali sono:

- a) garantire l'assistenza a persone in condizioni di non autosufficienza e/o fragilità con patologie trattabili a domicilio;
- b) garantire la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- c) offrire supporto alla famiglia e addestrare il care-giver agli interventi assistenziali e sanitari da poter gestire in proprio, per creare un continuum di intervento;
- d) stimolare il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;

La recente riforma delle cure domiciliari in Lombardia declina gli obiettivi del servizio ponendo l'accento sulla funzione di prevenzione e stabilizzazione del quadro clinico, a seguito di dimissione ospedaliera, ovvero:

- garantire la continuità dell'assistenza tra sistema sanitario, sociosanitario e sociale;
- migliorare la qualità della vita quotidiana e il rallentamento del declino funzionale;
- prevenire l'utilizzo inappropriato o intempestivo dell'ospedalizzazione o di setting residenziali territoriali;
- prevenire/limitare il deterioramento della persona in condizione di fragilità, rispondendo ad una logica di prevenzione del carico di cronicità/fragilità e di inclusione della persona attraverso il sostegno al suo mantenimento nel proprio contesto di vita

Gli interventi consistono quindi in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, tutelari prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità che rendono non praticabile il ricorso alle strutture ambulatoriali, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Nell'ambito delle cure domiciliari integrate risulta fondamentale il raccordo con i servizi sociali dei comuni e con il medico di medicina generale, responsabile del Piano di Assistenza Individuale. Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale deve essere valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale ed il conseguente impegno di risorse.

Il servizio si pone inoltre l'obiettivo di dare supporto ai care-giver attraverso l'addestramento agli interventi assistenziali e sanitari da poter gestire autonomamente, per creare un continuum nelle cure alla persona.

Il Servizio Cure Domiciliari (CD) fa riferimento ai Servizi Territoriali che comprende anche il servizio RSA Aperta.

REQUISITI SOGGETTIVI DI ESERCIZIO E ACCREDITAMENTO

Fondazione Sant'Erasmus è autorizzata all'esercizio delle unità di offerta RSA e RSA-Aperta.

Per quanto attiene i requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento si richiama quanto previsto nell'allegato 1 della DGR 2569/2014 esplicitati nel Documento di Organizzazione e Gestione della Fondazione valido per tutte le unità di offerta della Fondazione.

REQUISITI STRUTTURALI

LOCALIZZAZIONE DEGLI SPAZI

Le planimetrie, consegnate unitamente alla SCIA, sono conformi allo stato dei luoghi.

La sede organizzativa regionale coincide con la sede operativa ed è ubicata all'interno in Via Ferraris 2 a Legnano - ATS Città Metropolitana.

L'ASST di riferimento è la Ovest Milano – Distretto di Legnano

Non è previsto il collegamento con altre sedi, essendoci un'unica sede operativa che coincide con la sede organizzativa.

Gli orari di apertura al pubblico della sede sono indicati nella Carta dei Servizi.

L'Ente facilita l'accesso alla struttura e alle sue divisioni interne con l'apposizione di una segnaletica visibile anche a distanza e di facile comprensione.

La sede è strutturata come segue:

- 1 LOCALE per l'organizzazione dei servizi, le attività amministrative e di segreteria - call center;
- 1 LOCALE dedicato alla direzione del servizio e alle riunioni di equipe, utilizzabile anche per colloqui con gli utenti nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico;
- 1 SPAZIO (front office) per la gestione delle segnalazioni e delle richieste del servizio condiviso con la reception della RSA gestita dallo stesso erogatore;
- 1 SPAZIO dotato di armadio con chiusura di sicurezza per la conservazione sicura della documentazione sanitaria
- 1 LOCALE/SPAZIO (ES. ARMADI) ad uso deposito del materiale pulito/magazzino sanitario da gestire in conformità alle normative in materia di tenuta dei farmaci e dei presidi sanitari;
- 1 LOCALE/SPAZIO (ES. ARMADI) per deposito del materiale sporco, con uno spazio delimitato adibito al lavaggio, nonché alla sterilizzazione dei materiali laddove non venga utilizzato solo materiale monouso o non ci si avvalga di servizi esterni di sterilizzazione;
- 1 SPOGLIATOIO per il personale (eventualmente condivisibile con altra Udo qualora le Cure Domiciliari siano ubicate all'interno del medesimo edificio, gestita dallo stesso erogatore) *Tenuto conto di quanto previsto dal D.lgs. n. 81/2008 allegato 4 comma punto 1.12. il requisito dello spogliatoio può ritenersi soddisfatto anche attraverso la messa a disposizione degli operatori di armadietti;*
- SERVIZI IGIENICI per il personale accessibili e attrezzati per la disabilità - L. 236/89 - (eventualmente condivisibili con altra Udo qualora le Cure Domiciliari siano ubicate all'interno del medesimo edificio, gestita dallo stesso erogatore);
- SERVIZI IGIENICI per gli utenti, attrezzati per la disabilità, nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico (eventualmente condivisibili con altra Udo qualora le Cure Domiciliari siano ubicate del medesimo edificio, gestita dallo stesso erogatore).

REQUISITI STRUTTURALI

Gli uffici e gli spazi sopra indicati sono condivisi con l'unità di offerta RSA. Al riguardo si rinvia alla documentazione conservata presso gli uffici amministrativi della Fondazione in merito a:

- a) Agibilità;
- b) protezione antisismica;
- c) protezione acustica;
- d) protezione antincendio;
- e) sicurezza elettrica e continuità elettrica;
- f) igiene dei luoghi di lavoro;

- g) protezione delle radiazioni ionizzanti;
- h) protezione dalle radiazioni ionizzanti;
- i) eliminazione delle barriere architettoniche;
- j) smaltimento dei rifiuti sanitari;
- k) condizioni microclimatiche;
- l) impianti di distribuzione del gas;
- m) materiali esplosivi.

REQUISITI TECNOLOGICI

AUTOMEZZI

Gli operatori utilizzano il proprio mezzo personale. Non è previsto rimborso.

L'operatore è tenuto a rilasciare all'ufficio Personale apposita autocertificazione in cui dichiara che l'autovettura personale in uso per i servizi domiciliari è coperta da polizza assicurativa RC e che è sottoposta ai controlli e alle manutenzioni periodiche.

APPARECCHIATURE GESTIONE E MANUTENZIONE

Fondazione mette a disposizione degli operatori tutte le attrezzature e i dispositivi necessari a garantire l'erogazione delle prestazioni domiciliari per lo specifico PAI (stetoscopi, sfigmomanometri, glucometri, saturimetri) e tutto il materiale sanitario necessario.

La dotazione minima è in linea con quanto indicato dalla normativa di riferimento.

La verifica periodica del corretto funzionamento dell'attrezzatura è a cura del Coordinatore del servizio e/o del singolo professionista che ha in uso l'attrezzatura.

La fornitura dei presidi e del materiale sanitario è garantita dal servizio interno alla RSA.

La fornitura al cittadino dei presidi previsti nel Nomenclatore Tariffario delle Protesi (Allegato 5 al DPCM 12 gennaio 2017) è garantita dalle ASST.

Fondazione ha adottato una procedura di programmazione degli acquisti di apparecchiature biomediche e dispositivi medici. L'elenco dell'apparecchiatura/attrezzatura utilizzata viene aggiornato dall'ufficio tecnico che provvede alla verifica periodica dello stato di funzionamento e manutenzione delle apparecchiature in dotazione secondo le normative vigenti.

Al momento **non vengono utilizzate apparecchiature elettromedicali** per l'erogazione delle prestazioni domiciliari.

Resta inteso che la Fondazione s'impegna a formare e addestrare il personale coinvolto nell'uso delle attrezzature e dei dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali. La formazione e l'addestramento sono documentati attraverso verbali di formazione controfirmati dagli operatori coinvolti, a prova dell'avvenuta formazione.

È disponibile anche:

- inventario aggiornato delle apparecchiature/attrezzature utilizzate
- documentazione tecnica (con istruzioni per l'uso in lingua italiana) relativa alle singole attrezzature in dotazione. Qualora necessario viene effettuato l'addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo delle attrezzature e dei dispositivi medici.

Sono disponibili tutti i materiali sanitari previsti secondo l'elenco di cui allo specifico Allegato 1 DGR 6867/2022.

È acquisita agli atti la dichiarazione del legale rappresentante che ha attestato il possesso di tutti i predetti requisiti.

DOTAZIONI TELEFONICHE ED INFORMATICHE

All'interno della sede organizzativa e operativa è presente linea telefonica dedicata (TEL. 0331 – 472938) per la persona assistita e i suoi familiari, a disposizione degli stessi per le necessità legate alla presa in carico. La linea è dotata di segreteria telefonica.

L'indirizzo e-mail dedicato è: domiciliari@fondazioneerasmus.it

In merito ai dispositivi tecnologici si evidenzia che ogni operatore dovrà acconsentire – sottoscrivendo apposita liberatoria - all'utilizzo del proprio cellulare personale per il coordinamento operativo con la sede organizzativa e per la trasmissione dei dati relativi agli accessi e agli interventi erogati nonché per tutte le comunicazioni di servizio utili e necessarie per lo svolgimento dell'attività e il coordinamento con le altre figure professionali dell'equipe.

In merito ai supporti tecnologici si precisa che la Fondazione ha avviato l'implementazione dei processi di informatizzazione nell'ottica del potenziamento dei servizi di telemedicina. A questo riguardo saranno oggetto di valutazione i possibili strumenti funzionali alla introduzione di innovazioni tecnologiche nella fase della presa in carico dell'utenza. È in fase di selezione anche l'applicativo per la gestione del fascicolo informatizzato: la scelta verrà effettuata a seguito del rilascio da parte di Regione Lombardia delle specifiche relative al SGDT al fine di consentire l'interoperabilità con fascicolo sanitario elettronico, di cui al punto 2.6. AC; le tempistiche di integrazione sono condizionate agli sviluppi conseguenti all'evoluzione del FSE sul piano nazionale

Durante la predetta fase di presa in carico si segnala che all'utente e/o al caregiver verranno comunicati i recapiti del personale sanitario di riferimento.

All'interno della sede operativa sono presenti: personal computer dedicati all'attività, una stampante dedicata all'attività, una connessione internet e dispositivi tecnologici utili alla trasmissione da remoto dei dati per il monitoraggio dell'assistenza relativi alle prestazioni erogate in funzione degli obiettivi del PAI.

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE

I dispositivi di protezione individuale per gli operatori vengono definiti e assegnati secondo la valutazione dei rischi (DVR) effettuata ai sensi della normativa vigente e nel rispetto delle disposizioni del POP.

L'evidenza di assegnazione dei DPI si evince dal registro di carico-scarico dei DPI effettuati dal magazzino della Fondazione e dall'avvenuta ricezione da parte degli operatori.

TRASPORTO DEI CAMPIONI

Il trasporto dei campioni biologici, dopo prelievo domiciliare, avviene secondo specifico protocollo negli appositi contenitori a norma di legge. I contenitori idonei al trasporto sono messi a disposizione dalla Fondazione

BORSE E ZAINI

Tutto il personale sanitario ha a disposizione una borsa attrezzata dotata del materiale sanitario necessario. È disponibile

una check list che elenca la dotazione-base.

Sarà compito dell'operatore garantire il reintegro del materiale a garanzia della completezza della dotazione utilizzando apposito modulo di carico.

In via ordinaria il rifornimento dovrà avvenire ogni 15 giorni. In via straordinaria sarà effettuato in base alle esigenze delle nuove prese in carico.

Presso la sede Operativa è disponibile uno zaino per la gestione delle emergenze: lo zaino, completo di specifica check list, è a disposizione degli operatori e da utilizzare in caso di somministrazione di terapie a domicilio che ne richiedano la disponibilità e comunque in presenza del medico.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

LIVELLI DI RESPONSABILITA'

Il **Responsabile Sanitario dei Servizi** è un laureato in Medicina e Chirurgia con specializzazione in Geriatria, iscritto al relativo Ordine Professionale e con più di due anni di esperienza e svolge le funzioni di **Referente Medico dei Servizi Territoriali**

La Referente medica è direttamente responsabile:

- delle attività sociosanitarie svolte istituzionalmente;
- delle attività di indirizzo e coordinamento del personale sanitario sulla base delle vigenti disposizioni di legge e regolamenti in materia sociosanitaria;
- del coordinamento e integrazione delle diverse componenti di cura e assistenza, onde assicurare le migliori condizioni psico-fisiche dei pazienti;
- della vigilanza sulle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate;
- di assicurare il raccordo e l'armonizzazione degli interventi erogati dalle diverse componenti sanitarie, agevolandone funzioni ed integrazione;
- di tutti gli adempimenti di carattere sanitario funzionali e obbligatori rispetto alle normative nazionali, regionali e locali in merito alle autorizzazioni al funzionamento del servizio.

Il Responsabile sanitario delega le funzioni di organizzazione del servizio e di valutazione e miglioramento della qualità al Coordinatore del servizio; monitora e verifica l'andamento delle attività mediante incontri periodici, di norma mensili, con il Coordinatore del servizio, con il coordinatore amministrativo e sociale e con la Direzione Generale.

Nell'Ufficio Servizi Territoriali è opportunamente indicato con apposito cartello l'orario di presenza del Responsabile Medico dei Servizi Territoriali.

Il **Coordinatore del servizio** è professionista laureato/a in infermieristica con esperienza pluriennale nei servizi ADI.

La figura di Coordinamento svolge le seguenti funzioni:

- coordina e gestisce le risorse umane in coerenza con gli obiettivi generali e le strategie aziendali;
- programma gli interventi garantendo il pieno rispetto delle regole e dei limiti fissati dalla normativa di regolazione dell'unità di offerta
- valorizza attitudini, competenze, impegno e risultati;
- gestisce relazioni interpersonali e conflitti, negozia, presidia il clima, in collaborazione con il Direttore Sanitario;
- coinvolge i collaboratori nella costruzione dei progetti;
- prepara e conduce riunioni e gruppi di lavoro, in collaborazione con il Responsabile Medico Servizi Territoriali;
- Identifica e propone soluzioni ai problemi organizzativi delle attività coordinate.

È responsabile dell'inserimento dei nuovi professionisti e delle attività di supervisione degli operatori soprattutto infermieristici per garantire la corretta applicazione delle procedure assistenziali e valutare i comportamenti.

Il Direttore Generale

- Assegna le risorse in coerenza con gli obiettivi generali e le strategie aziendali;
- Promuove il coinvolgimento dei collaboratori nella costruzione dei progetti;
- Prepara e conduce riunioni e gruppi di lavoro, in collaborazione con il Responsabile Medico Servizi Territoriali e il Coordinatore del servizio;
- Identifica e propone soluzioni ai problemi organizzativi.

Il DG è altresì responsabile della implementazione dell'organico al fine di assicurare un'adeguata copertura del servizio. A questo scopo si avvale della collaborazione del **Coordinatore della RSA** e ciò anche in funzione

della necessità di garantire un adeguato coordinamento dell'impiego del personale impegnato in entrambe le unità di offerta.

Il coordinatore amministrativo svolge attività di:

- segreteria connesse ai processi di accoglienza e presa in carico dei pazienti della domiciliarità;
- supporto nell'elaborazione dati per gestione debiti informativi;
- supporto nella tenuta aggiornamento dei fascicoli degli utenti;
- supporto nella gestione delle agende dei professionisti.

Il referente sociale è individuato nella persona della coordinatrice del servizio di RSA aperta e ciò al fine di assicurare un adeguato coordinamento con i servizi territoriali.

I compiti assegnati sono dettagliatamente esposti nel funzionigramma aziendale.

Il **Comitato di Coordinamento** è costituito da tutte le figure sopra elencate. Alle riunioni del comitato partecipano anche i **Coordinatore delle altre unità di offerta (RSA e RSA aperta)**.

Il Comitato si riunisce periodicamente – con frequenza minima bimestrale - al fine di:

- verificare le risorse disponibili;
- utilizzare le risorse applicando criteri di costo/efficacia e verificando eventuali razionalizzazioni/integrazioni con il personale impiegato in RSA;
- valutare la congruità delle risorse in rapporto ai risultati conseguiti;
- monitorare processi e risultati;
- formulare progetti operativi rispondenti a criteri di buona qualità di tutte le componenti;
- selezionare le priorità tra problemi utilizzando tecniche di comparazione costo/risultato;
- Identificare i bisogni formativi dei collaboratori, in collaborazione con il Responsabile Medico Servizi Territoriali.

INCARICHI E RESPONSABILITA' SPECIFICHE

Ai sensi della normativa vigente si individuano i seguenti responsabili di funzione/processo che vanno ad integrare l'organigramma di seguito specificato:

Funzione	Incaricato	Nomina tramite
Referente per i rapporti con gli uffici di protezione giuridica e servizi sociali	Valentina Borghetti (A.S)	Atto DG
Responsabile valutazione e miglioramento qualità	Livio Frigoli (DG)	Delibera CdA
Responsabile sistema informativo aziendale	Dario Albè (Wom srl)	Atto DG
Referente piano di formazione annuale	Livio Frigoli (DG)	Delibera CdA

Responsabile validazione protocolli, procedure, linee guida in materia sanitaria, verifica dell'applicazione, cura rapporti ASL per promozione di prevenzione, educazione salute e tutela sociosanitaria, vigila su aspetti igienico sanitari e rispetto privacy, corretta conservazione, somministrazione, smaltimento farmaci e materiali in scadenza; vigila gestione rifiuti pericolosi potenzialmente infetti o pericolosi	Chiara Mazzetti (DS)	Addendum a contratto collaborazione
Responsabile Emergenza Pandemica	Chiara Mazzetti (DS)	Approvazione POP (legale rappresentante)

PERSONALE

POLITICHE DI GESTIONE

La Fondazione adotta un documento che definisce le strategie organizzative e le politiche di gestione dell'attività. In particolare, tale documento delinea le strategie di gestione di:

RISORSE UMANE: l'ETS Sant'Erasmus, per la gestione delle risorse umane e nello specifico per quanto riguarda i professionisti (medici, infermieri, psicologo, educatori, fisioterapisti, etc.) si avvale di personale legato a contratti libero professionali e di personale dipendente, inquadrato come da contratto UNEBA. I contratti libero professionali rispettano le indicazioni degli ordini e degli albi di appartenenza delle singole figure.

I principali punti normativi presi a riferimento per la gestione delle risorse umane sono di seguito riportati:

RISORSE ECONOMICHE: i livelli di assistenza programmati (standard gestionali), rappresentano un elemento qualificante nella determinazione dei livelli di qualità dei servizi all'utenza. Essi sono misure del rapporto esistente tra le risorse destinate all'assistenza degli utenti in termini di ore lavorate e il numero dei soggetti cui esse sono destinate. Regione Lombardia stabilisce il **valore minimo** che tali rapporti devono esprimere, sia ai fini dell'autorizzazione al funzionamento che ai fini dell'accreditamento e della conseguente erogazione del contributo proveniente dal Fondo Sanitario Regionale. Tali standard sono fissati dal legislatore come una tutela per l'utenza cercando di vincolare l'ammontare minimo delle risorse messe a disposizione in funzione della qualità dei servizi. La pianificazione delle risorse è affidata al Coordinatore dei Servizi Territoriali ed è garantita tramite stesura settimanale della turnistica e riguarda tutto il personale dipendente sulla base delle esigenze degli utenti in carico. I turni vengono controllati giornalmente e modificati a causa di malattie, infortuni, assenza per lutti ecc. per garantire la presenza di personale sufficiente.

Il personale può richiedere di modificare il turno programmato, informando e concordando direttamente tale cambio con il paziente. La modifica del turno dovrà in ogni caso essere comunicata al coordinatore al fine di evitare sovrapposizioni di GEA tra le varie figure preposte alla attuazione del PAI

DOTAZIONE ORGANICA

La dotazione di personale sia in termini numerici che di figure professionali coinvolte è proporzionata alla tipologia di attività erogata e commisurata ai bisogni assistenziali individuati nei PI, PAI.

L'equipe per le cure domiciliari è composta da:

- Responsabile Sanitario
- Responsabile di servizio
- Coordinatore di servizio
- Terapista della riabilitazione
- Infermiere
- Operatori Socio Sanitari (O.S.S.)
- Psicologo
- Medici specialisti: geriatra, fisiatra

I medici specialisti intervengono nel Piano Assistenziale Individuale solo su esplicita e formale richiesta del Medico di Medicina Generale.

Le figure sopra indicate sono responsabili delle attività riferite alle loro competenze e professionalità, sono responsabili per l'attuazione degli interventi previsti dal PI e dal PAI.

Il Case Manager viene identificato all'interno dell'equipe di cura in base ai bisogni identificati.

Possono essere attivate altre figure tecniche, quali educatore, assistente sociale, in funzione dei bisogni del singolo paziente e degli obiettivi della presa in carico.

FABBISOGNO PERSONALE:

Il fabbisogno del personale sarà calcolato in base al numero di utenti assistiti.

L'équipe della Fondazione è formata da professionisti che sono in grado di far fronte alle richieste del territorio. Qualora la produzione richiedesse di assumere nuovo personale la Fondazione farà fronte all'aumento delle richieste tramite nuovi reclutamenti di personale formato e qualificato.

Periodicamente, e al massimo ogni tre anni, vengono effettuate riunioni con i responsabili e i coordinatori del servizio per verificare la necessità di eventuali modifiche organizzative e/o necessità di aumento/riduzione del personale dedicato, sulla base delle richieste di attivazione del servizio. Tutto alla luce anche delle segnalazioni pervenute dagli utenti e dai loro caregiver attraverso le periodiche verifiche di customer.

ELENCO DEL PERSONALE

I nominativi del personale assegnato al servizio domiciliare sono riportati in un elenco che viene via via aggiornato. L'elenco riporta i dati anagrafici, i titoli di studio, la tipologia del rapporto, qualifica e competenze specifiche.

SELEZIONE E INQUADRAMENTO DEL PERSONALE

Nella "Procedura per il reclutamento e la selezione del Personale" è stato codificato il processo di selezione e reclutamento del personale.

La gestione delle risorse umane è, per quanto riguarda i professionisti (medici, infermieri, psicologo, educatori, fisioterapisti, etc.), legata a contratti libero professionali, o assunzione diretta o tramite agenzia di lavoro con attenzione ai carichi di lavoro sostenibili, tenendo conto anche dei percorsi compiuti e della tipologia degli utenti.

I contratti libero professionali rispettano le indicazioni degli ordini e degli albi di appartenenza delle singole figure.

Al personale assunto in modo diretto o tramite agenzie verrà applicato il contratto Uneba e il livello di assunzione sarà in base alla figura professionale.

Al momento dell'inserimento nell'organico viene verificato, per tutte le figure professionali, il possesso dei requisiti necessari per svolgere la professione corrispondente secondo la normativa vigente, (titoli, eventuali abilitazioni, iscrizioni agli albi e ordini professionali).

La conoscenza della lingua italiana è tra i criteri di selezione del personale.

AVVIO DEL SERVIZIO

Nella fase di avvio l'inserimento di un nuovo operatore nel servizio domiciliare, ai fini di garantire la corretta presa in carico e conoscenza dell'organizzazione, viene applicata la procedura operativa per l'inserimento del personale di nuova acquisizione che prevede l'affiancamento, con personale esperto, per più giornate. Tale procedura consente di garantire un inserimento graduale e una miglior conoscenza degli utenti agevolata dalla presenza di chi ha una maggior esperienza all'interno del servizio. Viene descritta la struttura e la relativa organizzazione con presa visione dei protocolli, progetti, programma della giornata e vengono condivise le regole generali del servizio.

Le risorse umane vengono aggiornate sulle regole di sicurezza, sull'obbligo del segreto professionale e riservatezza su informazioni di qualunque tipo, di cui siano venuti a conoscenza durante la prestazione della loro opera. Il Codice Etico, che tutti i lavoratori sono tenuti a rispettare, è a disposizione per la presa visione sul sito internet della Fondazione.

L'apprendimento è dettato da tempistiche definite e verificato dal Responsabile dell'Unità di offerta di riferimento attraverso apposita scheda.

Le risorse umane vengono dotate del materiale necessario, sia assistenziale che dei dispositivi di protezione individuale necessari per svolgere la loro attività.

Per quanto riguarda la sorveglianza sanitaria, è garantita anche per i contratti di libera professione, secondo le indicazioni del Medico Competente e del Responsabile dell'emergenza pandemica nonché in base alle vigenti normative in materia.

Entro il primo anno è prevista la partecipazione del nuovo personale ai programmi di formazione previsti. Per i professionisti sanitari annualmente viene verificato il mantenimento dei requisiti formativi.

FORMAZIONE

La formazione è ritenuta un cardine imprescindibile per il continuo miglioramento della qualità dell'assistenza e della qualità di vita sia dei pazienti sia dei loro familiari. È inoltre uno strumento fondamentale per la professionalizzazione e la motivazione del personale.

L'organizzazione dei corsi è affidata alla Direzione Generale. Pertanto, La Fondazione si è dotata e applica un piano formazione su base triennale e annuale. Il piano formativo per il triennio 2023/2025 prevede:

- Formazione obbligatoria D.lgs. 81/2008;
- Formazione obbligatoria D.lgs. 231/2001;
- Area sicurezza delle informazioni e privacy;
- Area Management e miglioramento qualità;
- Area Comunicazione e Relazione;
- Area Tecnico Professionale;
- Area sicurezza alimentare.

Per il biennio 2023/2024 è in corso di pianificazione un programma di formazione specifico relativo alle tematiche previste dalla DGR 6867/2022. Nel dettaglio la formazione riguarderà i seguenti aspetti:

- Formazione sul rischio clinico;
- Formazione specifica del personale sulle cure domiciliari e sull'utenza da assistere;
- Formazione sull'umanizzazione delle cure;
- Formazione su tematiche relative alla comunicazione e alle tecniche di relazione con gli utenti e i caregiver, anche rispetto alla gestione dei conflitti;
- Formazione centrata sulla qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari/caregiver nonché sulle abilità procedurali di counseling;
- Formazione su BLS (primo soccorso con l'impiego di defibrillatore e semiautomatico) aggiornata almeno per le figure sanitarie;
- Formazione specifica sulla gestione della ventilazione meccanica invasiva o non invasiva;

- Telemedicina.

Oltre ai corsi previsti nel piano di formazione la Fondazione incentiva e propone la partecipazione ad eventi formativi esterni, in particolare per le figure sanitarie tenute all'ECM. È data facoltà agli operatori di partecipare a corsi di formazione inerenti la professione, sulla base del loro bisogno formativo.

La partecipazione ai corsi, il superamento di eventuali test finali, è registrata nel fascicolo personale del dipendente (e del libero professionista) a cura dell'ufficio personale, dove vengono conservati anche i relativi attestati.

Per l'anno 2024, sono in programma i percorsi formativi sul tema dell'umanizzazione delle cure, della relazione e comunicazione e della gestione dei conflitti.

L'avvenuta formazione viene attestata dai fogli presenza che vengono conservati presso l'ufficio personale e nel relativo fascicolo

FASCICOLO DEL PERSONALE

Per ogni operatore che presta attività, viene conservato un fascicolo personale, nel rispetto della normativa sul trattamento dei dati personali, composto da:

- curriculum formativo aggiornato e la relativa documentazione;
- attestazione della formazione continua obbligatoria;
- attestato di idoneità psicofisica al lavoro, valutazione di idoneità effettuata dal medico competente;
- attestazione dell'aggiornamento continuo del BLS;
- attestazione della formazione sulle procedure interne all'organizzazione;
- possesso della patente di guida adeguata all'eventuale veicolo utilizzato ai fini dell'attività erogata.

RILEVAZIONE PRESENZE

La Fondazione ha adottato un sistema di rilevazione delle presenze degli operatori per ogni specifica unità d'offerta, tramite timbratura elettronica di badge personale o applicazione dedicata. Tale applicazione potrà essere utilizzata per il personale impiegato in via continuativa.

Per il restante personale le presenze verranno registrate tramite fogli firma e i diari clinici presenti a domicilio in formato cartaceo nonché tramite il fascicolo informatizzato.

Il personale in servizio è identificabile mediante cartellino di riconoscimento, riportante nome e cognome dell'operatore, foto, ruolo, logo e nome della Fondazione Sant'Erasmus ETS.

Ad oggi non vi è divisa ufficiale per il personale dedicato al Servizio CD, si chiede, tuttavia, di indossare capi comodi e consoni al lavoro svolto a domicilio, La Fondazione fornisce i camici monouso e tutti i DPI necessari per l'espletamento delle attività.

PIANIFICAZIONE DELLE PRESENZE IN SERVIZIO

Il servizio è garantito 7 giorni su 7 in relazione alla durata del singolo PAI.

Il Responsabile Medico dei Servizi Territoriali è a disposizione, previo appuntamento, dei pazienti o parenti che ne richiedano l'intervento.

Il Coordinatore del servizio è reperibile dal lunedì al venerdì e a disposizione del personale e dei pazienti o parenti che ne richiedano l'intervento.

La Fondazione programma la presenza del personale amministrativo dedicato all'Ufficio C.Dom garantendone la presenza 5 giorni a settimana, dal lunedì al venerdì, nei seguenti orari: ore 09.00 – 17.00.

Le assegnazioni del personale ai singoli pazienti sono definite dal Coordinatore sulla base delle disponibilità dei professionisti e in funzione delle diverse richieste dell'utenza.

La programmazione delle attività settimanali del personale, ivi compreso lo schema di distribuzione programmata degli orari di lavoro, i piani per le sostituzioni, per la rotazione, le ferie e i permessi del personale, viene programmata e/o verificata con frequenza settimanale.

Il coordinatore del servizio supportato dal coordinatore amministrativo verificherà che tale programmazione garantisca il pieno rispetto delle regole stabilite dalla normativa regionale.

Il piano giornaliero di attività viene definito sulla base delle disponibilità e intese che ciascun operatore concorderà con il paziente.

Il software aziendale terrà traccia dei servizi effettuati e del personale impiegato

NORME DI REGOLAZIONE DEL RAPPORTO

Nella gestione dei carichi di lavoro si considera anche l'attività di educazione dei caregiver e i tempi di formazione. Gli incontri periodici o riunioni di équipe vengono considerati orario lavorativo.

L'assunzione del personale avviene nell'osservanza e con l'applicazione delle Leggi e delle normative tempo per tempo vigenti. Al personale assunto con contratto di lavoro subordinato viene garantito un trattamento economico non inferiore a quanto previsto dall'applicato CCNL per il Personale dei settori Socio-Assistenziale, Socio-Sanitario e Educativo UNEBA.

Per il medesimo personale, inoltre, è previsto, come da normativa, il versamento dei contributi all'Istituto Nazionale Previdenza Sociale (INPS).

Al fine di garantire l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro ed in itinere ed in osservanza a quanto previsto in materia di assicurazioni obbligatorie antinfortunistiche, il personale è assicurato all'Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL).

L'Area Risorse Umane e Formazione conserva attraverso apposito sistema informatico il Libro Unico del Lavoro che documenta la regolarità retributiva, contributiva, assicurativa e fiscale di ogni singolo rapporto di lavoro.

Sono garantite:

- le condizioni normative e retributive non inferiori a quelle risultanti dai contratti collettivi di lavoro applicabili alla categoria di riferimento;
- l'osservanza e l'applicazione di tutte le norme relative alle assicurazioni obbligatorie e antinfortunistiche, previdenziali e assistenziali;
- l'applicazione di normativa in merito alla responsabilità civile in ambito sanitario.

Il soggetto gestore ha stipulato una polizza assicurativa per la responsabilità civile per coprire eventuali danni agli utenti o ad altri soggetti. La polizza comprende i danni involontariamente cagionati in conseguenza di fatti accidentali e imputabili a negligenza, imprudenza o imperizia.

Eventuali franchigie previste dalle polizze non gravano sui terzi danneggiati.

La polizza è depositata presso gli uffici amministrativi.

REGOLAMENTO INTERNO

La Fondazione dispone di un organigramma e di un funzionigramma costantemente aggiornati in funzione delle evoluzioni organizzative e gestionali.

La Fondazione dispone altresì di un Regolamento interno che definisce:

- funzioni e responsabilità di tutte le figure professionali in relazione alla tipologia di attività svolta;
- modalità di espletamento del servizio
- modalità di identificazione del personale (cartellino di riconoscimento riportante il nome e cognome dell'operatore, ruolo, logo e nome dell'organizzazione stessa), nel rispetto della normativa sulla privacy (rif. AU 46).

STRUMENTI PER L'IDENTIFICAZIONE DEGLI OPERATORI

Tutti gli operatori sono dotati di cartellino di riconoscimento con nome e cognome dell'operatore, ruolo, logo e nome dell'organizzazione.

DIVISE

Non è previsto l'utilizzo di divise dedicate. Il personale sarà comunque invitato ad indossare capi di vestiario consono e funzionali all'efficace gestione del servizio.

Nella dotazione fornita al personale saranno inclusi camici monouso.

VALUTAZIONE DEL PERSONALE

Per il personale neoassunto è previsto un piano di inserimento per l'acquisizione di tutte le competenze e conoscenze necessarie allo svolgimento dell'attività lavorativa. L'apprendimento è dettato da tempistiche definite e verificato dal Responsabile dell'Unità di offerta di riferimento attraverso apposita scheda.

La Fondazione ha adottato un Sistema di Valutazione dei comportamenti del personale: tra i comportamenti oggetto di verifica vi sono anche le capacità relazionali e di comunicazione nonché la valutazione delle competenze tecniche. La valutazione dei comportamenti permette di individuare aree di criticità su cui è necessario effettuare investimenti in termini di formazione al fine di andare a migliorare la qualità dei servizi erogati. A titolo esemplificativo ma non esaustivo, attualmente, per il personale dedicato ai servizi territoriali, è prevista la valutazione dei seguenti comportamenti:

- Riconosce ed è in grado di analizzare i bisogni degli ospiti per quanto di propria competenza tecnica, fornendo le necessarie e personalizzate risposte assistenziali nel pieno e scrupoloso rispetto dei protocolli, delle linee guida e delle procedure in uso presso il Servizio Assistenziale.
- Capacità di instaurare, mantenere e gestire appropriati rapporti interpersonali con gli utenti e i relativi familiari, comunicando con cortesia, disponibilità, riservatezza e rispetto della cultura, dei valori e della sofferenza della controparte, indirizzando verso le altre figure professionali eventuali richieste di informazioni che eccedono il proprio ambito di competenza.

GESTIONE AMMINISTRATIVA

La Fondazione si avvale del supporto amministrativo fornito dal pacchetto software CBA-ZUCCHETTI

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Nel documento allegato A – Regole delle cure domiciliari – viene illustrato il percorso e le regole previste dalla normativa regionale per l'attivazione del servizio, la definizione del Piano di cura, la presa in carico, la gestione e la dimissione dei pazienti.

PIANI DI LAVORO

All'interno del FASAS di ciascun utente sono presenti gli strumenti validati e standardizzati, ovvero le scale di valutazione utilizzate per la valutazione del paziente nonché per l'individuazione dei bisogni, la definizione degli obiettivi e degli interventi da attuare. Le scale di valutazione adottate permettono di valutare in modo oggettivo il paziente mettendo in luce i bisogni reali. Alla luce dei bisogni vengono definiti gli obiettivi e gli interventi da mettere in atto e i risultati conseguiti per quel paziente.

All'interno del FASAS è presente:

- La valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali (formulata dall'équipe di valutazione dell'ASST)
- L'identificazione degli obiettivi di salute
- La pianificazione delle attività
- La definizione delle attività e delle prestazioni da erogare
- Le figure professionali coinvolte e il referente del caso
- Il caregiver della persona assistita
- Gli aggiornamenti effettuati sulla base della rivalutazione periodica di bisogni

La presa in carico del paziente è coerente con il PI e il PAI. Quest'ultimo è aggiornato e rivalutato in modo costante dall'équipe in relazione ai reali bisogni dell'utente.

Per le attività professionali o mono professionali, all'interno del FASAS è presente il PAI semplificato, e il diario. Il PAI semplificato, come previsto dalla DGR, contiene: la valutazione, la condivisione, la pianificazione delle attività e la verifica dei risultati raggiunti. È disponibile un esempio di FASAS cartaceo.

Mensilmente il responsabile del servizio raccoglie e trasmette alla Direzione, i dati relativi all'andamento dell'attività (numero prestazioni erogate per profilo professionale, prestazioni previste ed eventualmente non erogate con analisi della causa): i dati vengono analizzati all'interno delle riunioni di staff al fine di valutare l'adeguatezza del sistema organizzativo e delle risorse a disposizione e verificare che il numero di operatori sia proporzionato e coerente con la durata delle prestazioni a domicilio in base al numero dei pazienti in carico e all'andamento dell'attività sanitaria/assistenziale e della domanda

CRITERI PER LA DEFINIZIONE DEL P.A.I.

Con la presa in carico del soggetto, l'équipe procede, dopo l'analisi dei bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale, alla stesura del P.A.I. e alla definizione degli obiettivi dell'assistenza. All'interno dell'équipe è individuato il personale sanitario di riferimento per ogni paziente, al fine di garantire la continuità del rapporto con l'assistito e la famiglia.

La Fondazione predilige che ogni operatore abbia in carico dall'inizio alla fine della prestazione sempre lo stesso paziente al fine di preservare il rapporto di fiducia tra famiglia e operatori.

PRESA IN CARICO

Si garantisce la presa in carico degli assistiti secondo quanto previsto dalla DGR 6867/2022 e secondo le indicazioni regionali. La presa in carico è garantita entro 72 ore, fatte salve eventuali necessità di continuità assistenziale da garantire in corso di dimissioni protette, anche successive alle 72 ore per le prestazioni differibili a giudizio dell'inviante.

Il coinvolgimento degli specialisti di riferimento è previsto in base a quanto previsto nel PAI.

È adottato un sistema di tracciabilità della presa in carico nella documentazione sociosanitaria. La Fondazione per meglio tracciare i contatti e i dettagli della presa in carico ha adottato un registro contatti Cure Domiciliari, allegato alla procedura relativa alla presa in carico dei pazienti.

Viene di seguito illustrata la modalità di accesso al Servizio nei suoi passaggi fondamentali.

L'accesso all'Assistenza Domiciliare Integrata avviene attraverso i seguenti passaggi:

1. Il paziente deve esibire all'ufficio fragilità dell'ASST l'impegnativa regionale rilasciata da:
 - MMG/PdLS o
 - medico ospedaliero o di struttura riabilitativa alla dimissione o
 - medico specialista.
2. Il referente dell'ufficio fragilità valuta la conformità della richiesta alle linee guida del servizio, segue la valutazione, presso il domicilio del paziente, da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale dell'ASST che, dopo aver considerato l'obiettivo di cura e i suoi aspetti qualitativi e quantitativi, rilascia all'interessato l'elenco aggiornato degli Enti accreditati per l'erogazione del servizio.
3. Il cittadino sceglie da chi farsi curare individuando l'Ente tra quelli che operano sul territorio dell'ASST e a questi comunica la scelta per l'attivazione delle cure domiciliari.
4. L'Ente prescelto predisponde un Piano di Assistenza Individuale e lo fa pervenire all'ufficio fragilità dell'ASST per l'individuazione del profilo adeguato.

Le indicazioni standardizzate dal profilo Voucher erogato dall'ASST vengono quindi adeguate alle necessità reali della persona, declinate nel PAI, anche in un sistema di compensazione che può variare la frequenza degli accessi dei diversi operatori.

Le prestazioni vengono eseguite con accessi a domicilio di personale qualificato, (medici, infermieri, terapisti della riabilitazione, OSS). Tutte le prestazioni vengono erogate nel rispetto delle misure di contenimento della diffusione del virus come stipulato dal POP.

Il numero delle prestazioni erogate all'utente viene stabilito dall'ATS in base ai bisogni, anche se è previsto un sistema di compensazione che può variare la frequenza degli accessi dei diversi operatori in base al variare del bisogno.

Per ogni utente il Piano di Assistenza Individuale (PAI) esplicita:

- bisogni/problemi rilevati
- operatori coinvolti e tipologia delle prestazioni programmate
- interventi proposti
- numero di accessi a domicilio previsti per i diversi professionisti
- obiettivi e tempi di trattamento
- condivisione del progetto di cura da parte dell'utente o suoi familiari.

Il PAI viene formulato durante il primo intervento a domicilio da parte di una figura sanitaria.

Viene inoltre reso noto e condiviso con tutti i restanti professionisti coinvolti nel progetto di cura.

Il PAI è puntualmente aggiornato dall'équipe di cura in relazione alla modifica dei bisogni e sono tracciati tutti gli interventi effettuati.

La presa in carico avviene entro 72 ore dal ricevimento della richiesta e gli orari delle prestazioni vengono direttamente concordati con l'utente. Le richieste con segnalazione di urgenza vengono prese in carico entro 24 ore. Le attività riabilitative vengono programmate entro sette giorni previa presentazione di un PRI redatto da un fisiatra di struttura accreditata, concordando un appuntamento con l'utente e i suoi familiari.

Di seguito vengono declinate le modalità di presa in carico dell'utente come rimodulate dalla DGR 6867/2002.

L'attivazione delle cure domiciliari avviene con prescrizione del MMG/PdLS su ricettario regionale per utenti che necessitano di assistenza/riabilitazione e non possono recarsi presso strutture sanitarie poiché impossibilitati a spostarsi dal domicilio con i comuni mezzi di trasporto. Può essere attivata anche all'esito della dimissione ospedaliera.

La prescrizione deve indicare:

- la diagnosi di patologia o di condizione;
- i bisogni o le motivazioni della richiesta di attivazione delle CD, con modalità differenziate per le CD erogabili in forma di percorsi standardizzati.

La scheda unica di triage è compilata dal MMG/PLS nell'ambito del sistema di gestione digitale del territorio in corso di sviluppo e trasmessa, attraverso il sistema stesso, al Distretto di residenza o di domicilio dell'assistito. Nelle ipotesi in cui il MMG/PLS non possa procedere a tale compilazione, ferma restando in capo allo stesso la prescrizione sulla ricetta, vi provvede l'EVM del distretto ai fini della formulazione del Progetto individuale (PI).

Ogni riammissione al servizio, a seguito di precedente dimissione, richiede una nuova prescrizione medica.

Non occorre una nuova prescrizione per le seguenti casistiche:

- rivalutazione periodica;
- sospensione temporanea del servizio;
- rivalutazione a fronte di mutate condizione cliniche.

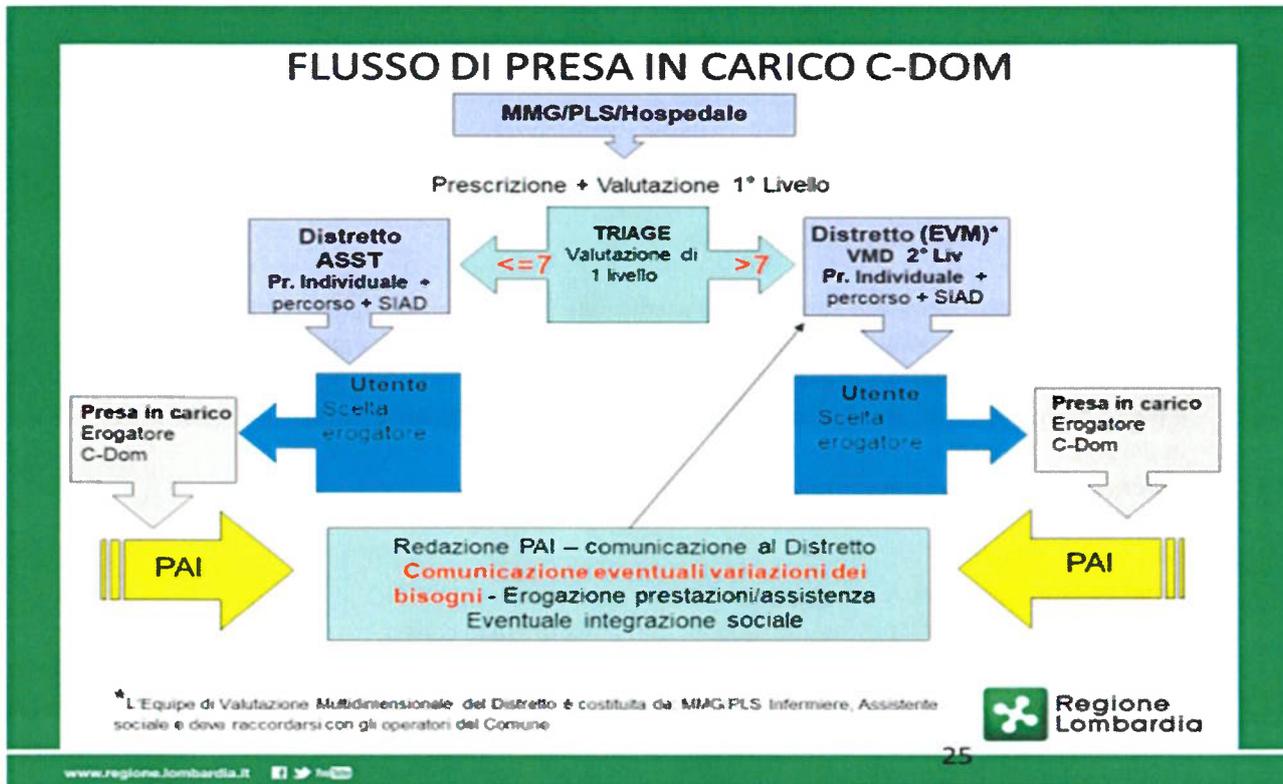
In tal caso è necessaria la ridefinizione del PI da parte dell'EVM del distretto. In sede di rivalutazione (non di sospensione) è garantita dall'EVM l'alimentazione dei dati richiesti dal tracciato SIAD come riportati nell'appendice al presente allegato.

Ferma restando la necessità di prescrizione medica, l'accesso al servizio per i cittadini non residenti in Lombardia, avviene:

- nel rispetto della normativa vigente in tema di compensazioni interregionali;
- per i cittadini stranieri non iscritti al SSN, secondo le specifiche normative in materia di erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- a seguito di una valutazione multidimensionale di 1° o 2° livello, effettuata dalla ASST in raccordo con il MMG/PLS, unitamente alla rilevazione dei dati necessari alla rendicontazione delle cure domiciliari nei flussi regionali e nazionali. Flussi che costituiscono la fonte per la rilevazione del livello di avanzamento delle regioni nell'attuazione dell'obiettivo target di PNRR al 2026 della presa in carico in cure domiciliari del 10% della popolazione over 65 anni.

Il percorso valutativo avviene attraverso alcune tappe principali:

- l'accoglienza della richiesta, pervenuta da utenti/familiari, da MMG/PDF, ospedale, segnalazione del Comune, ecc.;
- la valutazione multidimensionale del bisogno secondo gli strumenti definiti dalla DGR 6867/2022.



DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il Fascicolo Socioassistenziale Sanitario è una fonte primaria di informazioni e dati per il miglioramento della qualità. Per questo viene curata particolarmente la compilazione puntuale e sistematica di tale documento. Le scale di valutazione utilizzate sono depositate agli atti in allegato alla bozza di FASAS.

Il personale infermieristico e fisioterapico, con la supervisione del Coordinatore, è stimolato inoltre ad effettuare il colloquio di presa in carico e a darne evidenza all'interno del diario.

All'atto della presentazione della domanda di accesso al servizio l'utente/paziente/ADS/Tutore/caregiver riceve informativa sulla privacy e sottoscrivere modulo di consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.

Al momento della presa in carico l'utente/paziente/ADS/Tutore/caregiver sottoscrive un modulo di consenso informato generico alle cure, consensi per atti specifici vengono richiesti ove necessario. Il colloquio di presa in carico della persona assistita e dei familiari/caregiver può coincidere anche con il primo accesso domiciliare. In occasione della presa in carico è necessario acquisire l'informazione circa la formulazione di eventuali DAT (Disposizioni Anticipate di Trattamento) e la presenza di eventuali fiduciari.

La presenza o la necessità di forme di tutela è registrata nell'apposita sezione e riportata nel PI.

Il Fascicolo Socio-Assistenziale e Sanitario è l'insieme unitario della documentazione sociosanitaria relativa all'assistito. Il FASAS si articola in diverse sezioni atte a rendere evidenza del progetto di presa in carico dell'utente, degli interventi pianificati ed attuati, nel rispetto della situazione individuale e relazionale dell'utente, assicurati dall'unità d'offerta.

Il FASAS è comprensivo:

- delle sezioni anamnestiche riferite ai singoli professionisti coinvolti nel percorso assistenziale;
- della sezione relativa all'analisi/valutazione della situazione del singolo utente e, ove necessario e opportuno, del suo contesto familiare. Tale sezione comprende la documentazione riferita ad aspetti sanitari e/o assistenziali e/o psico-sociali che attestino le valutazioni cliniche, relazionali, delle abilità funzionali

dell'utente, etc... Tale sezione deve essere debitamente aggiornata con gli esiti delle eventuali rivalutazioni che dovessero rendersi necessarie nel periodo di presa in carico dell'utente.

In particolare, dovrà contenere:

- I dati anagrafici
- il nome del caregiver
- la data d'inizio delle cure domiciliari
- l'indicazione degli operatori di riferimento
- la diagnosi
- gli eventuali eventi di rischio sanitario e assistenziale (per esempio allergie, cadute, etc.)
- l'indicazione degli strumenti validati in uso per le valutazioni (scale di valutazione) in coerenza con la tipologia di prestazioni da erogare;
- il piano di trattamento, in relazione all'attività svolta, completo di eventuali aggiornamenti
- le prestazioni erogate
- l'eventuale necessità di ausili/presidi
- le verifiche
- i risultati raggiunti
- la data e la motivazione di chiusura del piano assistenziale
- le valutazioni dei diversi professionisti coinvolti nella presa in carico
- nella sezione relativa al percorso dell'utente/piano di trattamento deve emergere la Progettazione, la Pianificazione e l'attuazione degli interventi, dei protocolli assistenziali e/o delle procedure adottati nelle diverse aree interessate, come sopra individuate.

Costituiscono parte indispensabile di tale sezione la presenza della seguente documentazione:

- Progetto Individuale relativo all'assistito (PRI - Progetto Riabilitativo Individuale nella riabilitazione);
- Pianificazione degli interventi – PAI (Piano assistenziale individuale) / PEI (Piano Educativo Individuale/ PRI (programma riabilitativo individuale), etc.;
- Diario assistenziale, che deve essere compilato da tutte le figure professionali coinvolte nel percorso assistenziale dell'utente e che per ogni accesso deve contenere: data e ora (inizio e fine prestazione), operatore, spiegazione esaustiva della prestazione svolta ed eventuale evoluzione della condizione clinica (es: stadio di una ldp) e firma dell'operatore e controfirma del paziente/caregiver. Il diario è conservato presso il domicilio dell'utente.
- la sezione relativa alla modulistica comprendente: i moduli riferiti alla tutela della privacy redatti secondo la normativa vigente e firmati, i moduli relativi al consenso informato per gli specifici atti sanitari proposti; la documentazione (anche in copia) relativa alla tutela giuridica della persona, se ed ove prevista.

Alla dimissione dell'utente verranno allegate anche tutte le schede/moduli, utilizzati durante il percorso assistenziale dal personale coinvolto (scale di valutazione, scheda per la prevenzione lesioni da pressione, scheda trattamento lesioni cutanee, scheda dolore). Al termine del percorso riabilitativo sarà elaborata una relazione dedicata comprensiva della rivalutazione del paziente con la somministrazione delle scale di valutazione di esito.

La documentazione sociosanitaria della persona assistita è a disposizione degli operatori coinvolti nel PAI.

La struttura si è dotata di FASAS elettronico (sistema B.ADI)

Il FASAS comprende le informazioni relative alle conclusioni del colloquio di presa in carico coerente al livello di prestazioni da erogare, gli elementi di rischio specifici per il paziente, le attività e le prestazioni da erogare, le valutazioni periodiche e i relativi esiti, la data e le motivazioni della chiusura del PAI e il documento di dimissioni. Per le attività prestazionali o mono professionali, all'interno del FASAS è presente il PAI semplificato e il diario.

Il PAI semplificato, come previsto dalla DGR, contiene: la valutazione, la condivisione, la pianificazione delle attività e la verifica dei risultati raggiunti.

Disponibile presso il domicilio, il diario assistenziale che deve contenere la parte della valutazione, della pianificazione, il PAI e la tracciabilità degli operatori che hanno effettuato valutazioni e prestazioni.

E' assicurata la corretta compilazione del fascicolo sociosanitario e domiciliare e del diario assistenziale che contiene tutti gli elementi previsti anche per assolvere al debito informativo regionale e nazionale. Per le attività prestazionali o mono professionali, all'interno del FASAS è presente il PAI semplificato, e il diario. Il PAI semplificato, come previsto dalla DGR, contiene: la valutazione, la condivisione, la pianificazione delle attività e la verifica dei risultati raggiunti.

RISCHIO CLINICO

Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè, subisca un qualsiasi "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte" (Kohn, IOM 1999). È secondo questa lettura che l'equipe del servizio di cure domiciliari pone in essere azioni finalizzate al contenimento del rischio. La valutazione del rischio clinico consente quindi di identificare, analizzare, quantificare, comunicare, eliminare e monitorare i rischi associati al tipo di attività svolta e al processo operativo.

È stato elaborato un piano per la gestione del rischio clinico, comprensivo della prevenzione e del controllo delle infezioni correlate all'assistenza in particolare per la gestione degli agenti pandemici incluso il SARS_COV2 (POP).

Il documento di valutazione e monitoraggio del rischio clinico, che comprende la valutazione dei rischi delle infezioni correlate all'assistenza, nonché il piano per la gestione del rischio clinico, comprensivo della prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, in cui sono definiti obiettivi, ruoli, responsabilità, sistema di verifica e monitoraggio e modalità di formazione dedicata, sono ricompresi nel Protocollo Risk Management e nel Protocollo relativo alle ICA. Vedi "Gestione del Rischio Clinico (Clinical Risk Management)" ID 9 – Risk Management Rev. 0 del 25.11.2022 e "Protocollo per sorveglianza e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, comprese strategie vaccinali" ID 17 – Prev. Infez. Ass. Rev. 4 del 17.05.2022

PROTOCOLLI E PROCEDURE

L'ETS Sant'Erasmus al fine di migliorare la gestione dei processi di assistenza, ridurre gli errori, tutelare la sicurezza degli operatori e dell'assistito, semplificare il lavoro degli operatori; facilitare e migliorare la comunicazione tra gli operatori, tra gli operatori e assistito/familiari; migliorare l'integrazione delle diverse figure professionali che partecipano al processo di assistenza, ha predisposto un "Sistema di Gestione della Qualità" con la redazione di procedure, istruzioni operative e moduli/schede apposite, a cui tutti gli operatori si dovranno attenere; inoltre sarà messa a disposizione della documentazione di supporto (protocolli clinici, linee guida internazionali, scale di valutazione...) al fine di garantire un livello qualitativo adeguato del servizio.

- Verifiche: tutti i protocolli vengono verificati periodicamente. Eventuali variazioni o nuovi protocolli vengono comunicati alle Coordinatrici che, a loro volta, presentano ed espongono alla propria équipe;
- Aggiornamento: tutti i protocolli vengono aggiornati con cadenza almeno triennale;
- Disponibilità: presso gli uffici amministrativi viene conservata copia cartacea con firme in originale. Copie cartacee di pertinenza vengono distribuite in ogni reparto /servizio. Archiviati sul server in cartella dedicata vengono salvati tutti i protocolli, tale cartella è consultabile da tutte le postazioni pc. I protocolli di maggior interesse sono disponibili e consultabili anche all'interno del programma B.Adi. Tutta l'informazione e formazione del personale sui protocolli viene verbalizzata e il relativo verbale controfirmato dall'Operatore. La documentazione della informazione e formazione è depositata presso gli Uffici (in originale) e nei raccoglitori di reparto/servizio. Il personale assunto in sede di affiancamento viene informato in merito alla presenza di protocolli e procedure.

L'invio della suddetta documentazione può avvenire anche, per i Servizi Territoriali:

1. Via e-mail

2. Tramite applicativo
3. Brevi manu

In ogni caso, gli operatori dovranno firmare il modulo di consegna della suddetta documentazione.

La documentazione predisposta è quella prevista dalla vigente normativa.

Qualora la nuova documentazione predisposta comportasse un cambiamento importante nel modus operandi degli operatori, si terranno incontri formativi ad "hoc", presso la sede.

ELENCO DEI PROTOCOLLI/PROCEDURE

PROT /PROC	N.	CODIFICA	PROTOCOLLO	PROCEDURE OPERATIVE
prot.	17	Q.2.5	Utilizzo mezzi di contenzione e tutela fisica	
prot.	23	T.1.1	L'identificazione, la segnalazione e la gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella	
prot.	24	T.1.2	Sorveglianza e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, ivi compresa l'adozione di adeguate strategie vaccinali ove clinicamente ritenute opportune	
prot.	25	T.1.3	Modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori	
prot.	26	T.1.4	Procedura programmazione acquisti di apparecchiature biomediche e dispositivi medici	
prot.	27	T.1.5	Approvvigionamento, conservazione, smaltimento dei farmaci. Tracciabilità della somministrazione dei farmaci (con riferimenti normativi)	
prot.	28	T.1.6	Prevenzione e gestione dell'incontinenza sfinterica	
prot.	29	T.1.7	Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione	

prot.	30	T.1.8	Prevenzione e rilevazione cadute	
prot.	31	T.1.9	Modalità di compilazione e conservazione, archiviazione del FASAS e di ogni altra documentazione comprovante l'attività sociosanitaria erogata	
prot.	19	T.2.1	Procedura di smaltimento rifiuti speciali	
proced.	44	T.3.1		Selezione ed inserimento di nuovo personale
proced.	45	T.3.2		Stesura piano formazione e aggiornamento personale
proced.	46	T.3.3		Procedure per adempimento al debito informativo (addendum al prot. T.1.9)
proced.	47	T.3.4		Sistema di valutazione dei comportamenti
proced.	48	T.3.5		Sistema di gestione della qualità
prot.	49	D.1.1	Educazione alla salute	
prot.	50	D.1.2	Risk management	
prot.	51	D.1.3	Sicurezza, conservazione e trasporto materiali biologici	
prot.	52	D.1.4	Gestione delle emergenze/urgenze	
prot.	53	D.1.5	Gestione accessi vascolari e terapia infusione	
prot.	54	D.1.6	Prevenzione e gestione sindrome da immobilizzazione	
prot.	55	D.1.7	Nutrizione artificiale	
prot.	56	D.1.8	Gestione cateteri vescicali, stomie, sondini naso-gastrici	
prot.	57	D.1.9	Valutazione gestione del dolore	
prot.	58	D.1.10	Igiene personale	
prot.	59	D.1.11	Gestione ventilazione meccanica invasiva e ossigeno-terapia	

proced.	60	D.1.12		Scheda inserimento di nuovo personale
prot.	61	D.1.13	Rimozione secrezioni tracheobronchiali	

Tutti i protocolli sono disponibili nella sezione dedicata del portale intranet. Il responsabile del servizio monitora gli aggiornamenti ed è responsabile della condivisione con il gruppo di lavoro. I singoli protocolli vengono sottoscritti dagli operatori per presa visione e conoscenza; i contenuti vengono discussi e approfonditi in specifici momenti formativi e durante le riunioni di équipe. Presso il servizio è disponibile la raccolta cartacea dei protocolli con evidenza della sottoscrizione da parte del personale interessato.

GESTIONE DEI FARMACI

È presente apposita procedura/protocollo relativa ad approvvigionamento, conservazione e smaltimento dei farmaci/presidi medico chirurgici.

I presidi e i dispositivi sono correttamente conservati, sanificati e mantenuti.

Il controllo dei presidi medico chirurgici e le relative giacenze presso la sede operativa, la verifica dell'integrità e delle scadenze sono effettuate dal Coordinatore tramite compilazione di apposita check list.

Tutti i presidi e i dispositivi soddisfano le caratteristiche di corretta conservazione, sanificazione e manutenzione, facile trasportabilità e sicurezza nel trasporto e sono contrassegnati con marchio CE qualora previsto.

Il materiale che non necessita di accorgimenti specifici per la conservazione è disponibile presso spazio dedicato e chiuso a chiave, collocato all'interno della segreteria del servizio. La responsabile del servizio monitora settimanalmente le disponibilità ed effettua gli ordini necessari presso la farmacia di Fondazione.

I prodotti per la Nutrizione enterale non fanno parte del prontuario dell'UdO e vengono forniti direttamente ai pazienti dall'ATS.

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

La continuità assistenziale è garantita 5 giorni a settimana (dal lunedì al venerdì) per attività prestazionali o mono professionali e 7 giorni settimanali per le attività integrate (un numero non inferiore a 49 ore settimanali di assistenza distribuita sui 7 giorni in ragione della risposta al bisogno collegato ai Piani di Assistenza Individuali aperti), come chiarito ed esplicitato nella Carta dei Servizi disponibile in formato digitale sul sito internet della Fondazione e in modalità cartacea nell'Ufficio segreteria.

Per ogni presa in carico è individuato il referente del caso/case manager per la persona assistita, i familiari/caregiver e per gli altri operatori dell'équipe assistenziale; il nominativo del case manager è riportato nel fascicolo sanitario domiciliare e nel diario assistenziale.

La Fondazione garantisce la gestione di eventuali cambi del personale di riferimento così come sopra specificato.

SOSTEGNO AI CAREGIVER E ALLA FAMIGLIA

Le prestazioni sono erogate da personale qualificato ed in possesso dei titoli professionali previsti dalla normativa vigente e sono complementari e non sostitutive dell'attività del caregiver familiare/informale. Nell'ambito delle Cure Domiciliari è di fondamentale importanza prevedere il coinvolgimento dei familiari/caregiver che, nel rispetto dei ruoli e delle competenze, previo training da parte degli operatori qualificati, possono diventare parte attiva del processo assistenziale. Il caregiver riveste un ruolo fondamentale all'interno delle Cure Domiciliari e questa figura deve necessariamente essere coinvolta nel percorso di cura e in tutte le fasi dell'assistenza nonché formata ed educata a gestire determinati momenti assistenziali per prevenire rischi e complicanze alla persona assistita. Tutte le attività di formazione e di educazione sanitaria sono tracciate nel diario assistenziale. Con il caregiver viene anche effettuata la condivisione del PAI e allo stesso viene richiesta la controfirma degli accessi registrati sul diario assistenziale da parte delle diverse figure professionali.

Laddove dovesse emergere, in fase di valutazione o durante la presa in carico, la necessità di supporto psicologico per l'utente fragile, è possibile, in base alle indicazioni concordate e condivise con l'ASST territoriale, attivare lo specialista psicologo in supporto al paziente.

ORARI DEL SERVIZIO

Gli orari di apertura dell'ufficio segreteria/front-office e le modalità di ricevimento del pubblico, nonché i contatti/numero telefonico urgenze sono disponibili sulla Carta dei Servizi, reperibile sul sito della Fondazione. Il materiale informativo è altresì disponibile sia sul sito internet che in modalità cartacea c/o la Struttura.

SISTEMA DI COMUNICAZIONE

La comunicazione svolge un ruolo prioritario nel processo di assistenza al paziente, soprattutto in un'ottica di presa in carico della persona globale, dove diventa fondamentale coinvolgere attivamente il paziente nel processo di cura.

Instaurare una relazione con il paziente significa relazionarsi anche con il contesto sociale, culturale e soprattutto familiare in cui lo stesso è inserito ed è pertanto fondamentale gestire i rapporti con i membri della famiglia o – più in generale – con i caregiver del paziente.

Per questo sono previste diverse modalità di comunicazione, che costruiscono uno schema multidirezionale e che riguardano tutte le figure coinvolte nel processo di cura.

1. Comunicazione informale

Gli operatori sociosanitari e l'ufficio Segreteria sono a disposizione, durante gli interventi domiciliari o nelle fasce orarie di apertura al pubblico, per fornire consigli, indicazioni e relazioni circa il progredire della malattia.

Tutto il personale è specificatamente formato per offrire non solo un'assistenza sociosanitaria basata sui bisogni ma per instaurare una relazione empatica con l'assistito e la sua famiglia, in grado di creare un meccanismo di fiducia tra paziente e operatori.

Gli operatori sono in grado di osservare, comprendere, comunicare, valutare i vari vissuti per poter offrire un'assistenza precisa e puntuale; il senso di sicurezza del paziente e della sua famiglia viene così rinforzato e rappresenta la base per permettere la costruzione di un processo continuo di assistenza.

2. Comunicazione formale

Tramite la condivisione del PAI con il paziente e la sua famiglia, tali soggetti partecipano attivamente alla costruzione del processo di presa in carico. Il personale, sulla base di una valutazione multidimensionale, elabora il piano di assistenza proprio con l'obiettivo di coinvolgere il paziente e la sua famiglia e rendere collaborativo il processo di cura.

3. Comunicazione istituzionale

Oltre alla Carta dei Servizi disponibile sul sito e in modalità cartacea presso l'ufficio Segreteria, il sito internet della Fondazione offre la possibilità di rimanere costantemente aggiornati rispetto alle modalità di erogazione dei vari servizi e alle novità della Fondazione.

Tramite questo strumento vengono portate alla conoscenza di tutti le informazioni di carattere generale e le novità della struttura.

Altri contenuti sono pubblicati, dietro consenso degli interessati, sui canali social della Fondazione; attività, testimonianze ed eventuali encomi vengono pubblicati per dare informazione e coinvolgere tutti i caregiver nella vita della Fondazione.

Gli operatori dei Servizi Territoriali hanno a disposizione, oltre alla bacheca posizionata in Fondazione, anche il proprio cellulare dedicato su cui è installata l'applicazione con cui comunicano in modo rapido e veloce con il coordinatore e i referenti del servizio.

INFORMAZIONE DELL'ASSISTITO

Gli obiettivi che l'intera équipe persegue riguardano in primis la partecipazione informata e attenta del paziente e del caregiver in tutte le fasi dell'assistenza. Al paziente e al caregiver viene assicurato il coinvolgimento e l'informazione completa sul Piano di Assistenza Individualizzato che viene elaborato con il loro coinvolgimento e con loro condiviso. Paziente e caregiver sono informati in merito alla frequenza, al numero di accessi e della tipologia delle prestazioni previste.

CARTA DEI SERVIZI

La Carta dei Servizi contiene tutte le informazioni richieste. La Carta dei Servizi è disponibile sul sito internet della Fondazione ed è a disposizione in modalità cartacea c/o la Segreteria della Fondazione. La carta dei servizi include:

- le condizioni che danno titolo all'accesso;
- criteri di presa in carico e dimissioni dell'utente;
- la descrizione dell'unità d'offerta;
- le modalità di erogazione delle prestazioni e la descrizione delle attività previste, riferite alla specifica tipologia di unità d'offerta;
- l'orario di funzionamento dell'unità d'offerta;
- la raggiungibilità della struttura con i mezzi di trasporto;
- gli strumenti e le modalità atte a tutelare i diritti delle persone assistite,
- i tempi di gestione delle segnalazioni e dei reclami;
- le indicazioni in caso di dimissioni, trasferimento ad altra struttura e per assicurare la continuità delle cure;
- gli strumenti, le modalità e i tempi di valutazione del grado di soddisfazione degli utenti e dei caregiver rispetto alla qualità dei servizi e delle prestazioni usufruite, nonché per la rilevazione dei disservizi;
- le tempistiche e le modalità per l'accesso alla documentazione sociosanitaria o per ottenerne il rilascio inclusi i costi;
- la scheda di rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza e la scheda per esprimere apprezzamenti o lamentele o per denunciare i disservizi.

ALTRI STRUMENTI DI COMUNICAZIONE

È prevista la pubblicazione di avvisi e informative tramite le bacheche fisiche, presenti in Fondazione, e quelle digitali messe a disposizione dall'applicativo legato alla gestione del personale.

Per poter migliorare costantemente e risolvere eventuali criticità sono previste inoltre riunioni di equipe, in cui le diverse figure professionali possono confrontarsi ed esporre eventuali problematiche.

L'area Risorse Umane e Formazione è inoltre disponibile per rispondere a feedback e fornire informazioni sugli aspetti organizzativi e formativi della Fondazione.

I momenti formativi previsti dalla Fondazione sono inoltre occasione di confronto e di crescita professionale.

RIFERIMENTI PER L'UTENZA

Gli utenti potranno contattare la centrale operativa e/o gli operatori negli orari d'apertura dell'ufficio (tel. 0331 – 472938) ovvero tramite numeri diretti e recapiti mail che verranno indicati all'utente al momento della presa in carico.

RECLAMI E SEGNALAZIONI

Tutti i reclami e le segnalazioni vengono raccolte e analizzate dalla Direzione e dall'Ufficio URP. Il tracciamento dei reclami/segnalazioni è effettuato in modo informatizzato e, nello specifico, vengono raccolte le informazioni relative a:

- Numero Segnalazione
- Data Segnalazione
- Cognome e Nome segnalatore, se presente
- Grado di parentela/ruolo
- Nome assistito/paziente
- Reparto/Servizio
- Descrizione della Segnalazione
- Area della Segnalazione I
- Area della Segnalazione II
- Area della Segnalazione III
- Grado di Gravità
- Cosa è stato fatto per fornire una risposta

- Operatori coinvolti nella risposta
- Data prima risposta
- Giorni tra segnalazione e risposta
- Chiusura della Segnalazione
- Data chiusura
- Note
- Intervento successivo: Azione Correttiva (AC) o Azioni di Miglioramento (AM)
- Interventi Successivi.

La stringa sopra descritta viene completata contestualmente alla ricezione del reclamo/segnalazione e in modo tempestivo le figure coinvolte si attivano per intervenire in modo attivo su quanto portato all'attenzione della Direzione.

Periodicamente la Direzione e l'Ufficio URP effettuano l'analisi delle segnalazioni, andando ad individuare le aree di maggiore criticità al fine di attuare azioni correttive o di miglioramento specifiche per ridurre i disservizi e migliorare la qualità del servizio erogato.

PRIVACY

Tutti i documenti ed i dati relativi alle persone assistite sono custoditi nel rispetto della vigente normativa sul trattamento dei dati sensibili.

L'articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation" prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali e sensibili.

Nel rispetto della legge, il trattamento dei dati è improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti dell'utente.

Il trattamento dei dati personali e sensibili è diretto esclusivamente all'espletamento da parte dell'Ente delle proprie finalità istituzionali, essendo attinente all'esercizio delle attività di assistenza e cura delle persone ricoverate. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web aziendale.

Al momento della presentazione della domanda di accesso al servizio l'interessato o i suoi legali rappresentanti o famigliari devono sottoscrivere il modulo per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.

In conformità a quanto stabilito dalla L. n. 241/90 la documentazione amministrativa e sanitaria relativa alla posizione del singolo utente può essere richiesta dall'utente stesso o suo legale rappresentante presso la Direzione Sociale. Gli uffici preposti, previa verifica della titolarità del richiedente, rilasciano detta certificazione.

Per quanto non descritto nel presente documento, si rimanda alle specifiche sezioni del Documento Organizzativo generale.

COINVOLGIMENTO DEI MMG

È presente uno specifico protocollo in qui sono esplicitate le modalità di relazione, informazione, coinvolgimento e di coordinamento con le reti assistenziali territoriali.

CUSTOMER SATISFACTION

I questionari di rilevazione della soddisfazione dell'utente e dei familiari verranno somministrati con cadenza annuale tramite la compilazione digitale e/o cartacea;

Il questionario di soddisfazione degli utenti viene consegnato agli utenti con invito a restituirlo in busta chiusa al termine della presa in carico.

La busta chiusa viene consegnata direttamente dall'utente presso la struttura o all'operatore durante l'ultimo accesso al domicilio.

L'analisi complessiva dei questionari pervenuti è effettuata, una volta all'anno, a cura del servizio Qualità della Fondazione.

I risultati sono sempre a disposizione degli utenti e diffusi a tutto il personale tramite affissione in bacheca e condivisione dei risultati in incontro dedicato.

Le aree di indagine riguardano la qualità delle relazioni, i processi comunicativi, la qualità dell'intervento e la qualità complessiva del servizio.

UMANIZZAZIONE DELLE CURE

Nella politica di gestione delle risorse umane si richiede al personale la condivisione e il rispetto di valori definiti come fondamentali, si chiede quindi la condivisione dei principi fondamentali secondo cui La Fondazione ispira la sua attività, del Codice Etico e della Carta dei Diritti della Persona Anziana.

La Fondazione adotta modalità operative per vigilare affinché il personale operi nel rispetto della dignità delle persone assistite tenendo conto delle differenti esigenze correlate ad età, genere, particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e anche delle specificità religiose e culturali.

In modo particolare gli operatori s'impegnano a:

- Rispettare la dignità e la privacy del paziente
I dati personali del paziente sono trattati nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela della riservatezza e della privacy e ad essi accede il personale autorizzato e per motivazioni giustificate. Il personale sanitario è vincolato dal segreto professionale.
- Essere Identificabili
Tutto il personale è fornito di apposito tesserino di riconoscimento (recante logo dell'organizzazione, fotografia dell'operatore, cognome e nome e qualifica dell'operatore) tenuto in evidenza.
- Garantire professionalità
La Fondazione Sant'Erasmus ETS, per l'erogazione del servizio CD, si avvale di operatori qualificati per i quali sono promossi corsi di formazione previsti dalla legge e dalle necessità correlate all'attività esercitata oltre che corsi di aggiornamento. Il personale opera secondo protocolli e linee guida validate. L'organizzazione s'impegna a recepire gli aggiornamenti delle linee guida e dei protocolli clinici applicati.
- Recepire le esigenze del paziente
La Fondazione mette a disposizione dell'utenza apposita modulistica per segnalazioni e reclami; la segreteria del servizio è punto di raccolta, inoltre, di segnalazioni e reclami a cui tutti possono accedere o telefonare e garantisce una risposta tempestiva. Le valutazioni espresse nei questionari di gradimento distribuiti all'utenza vengono tenute in debita considerazione per impostare azioni di miglioramento del servizio
- Informare chiaramente e correttamente il paziente sui servizi erogati
Il personale addetto al servizio e quello di supporto amministrativo sono in grado di fornire informazioni dettagliate sui servizi offerti, le modalità di erogazione, i tempi di accesso. Tutti gli utenti possono consultare sul sito internet della Fondazione la Carta dei Servizi. Al paziente viene assicurata informazione completa sul Piano di Assistenza Individualizzato (ed in particolare sulla frequenza, numero e tipologia delle prestazioni previste).

AUTOVALUTAZIONE DEL PERSONALE

L'organizzazione promuove il coinvolgimento attivo di tutto il personale nelle attività di valutazione in ordine al miglioramento delle attività relative ai processi di erogazione attraverso:

- Presso la Struttura vengono effettuate con cadenza almeno mensile riunioni di Staff di Direzione, allo scopo di discutere problematiche emerse durante l'attività e valutare proposte e iniziative di miglioramento. Tali riunioni sono convocate a mezzo e-mail con la proposta di un tema di discussione. La stesura del verbale delle riunioni è a cura della Direzione.
- È attivata una collaborazione con uno psicologo che, in base alle esigenze e alle necessità, è a disposizione degli operatori con il compito di supportare il personale nella gestione dei conflitti e non solo. L'obiettivo degli incontri è quello di affrontare le criticità al fine di creare un clima disteso, il benessere degli ospiti\utenti\pazienti dipende dal benessere degli operatori che li accudiscono.

- Almeno bimestralmente il Responsabile Medico del Servizio, il Coordinatore e il personale in servizio, si riuniscono per discutere di problematiche relative alla gestione degli utenti. La riunione è un momento di coinvolgimento multiprofessionale che permette di avere una visione completa delle tematiche trattate e sulle problematiche relative agli utenti che si hanno in carico.
- Inoltre, almeno una volta all'anno il personale è coinvolto in attività di autovalutazione di appropriatezza, finalizzata a valutare la coerenza della documentazione presente nel FASAS.
- Al termine dell'autovalutazione vengono individuate le azioni correttive e le modalità (formative, informative, documentali) da porre in atto al fine di raggiungere gli obiettivi di miglioramento relativi alla qualità della documentazione sanitaria.

PIANO ANNUALE

Entro tre mesi dall'accreditamento verrà elaborato un piano annuale in cui verranno descritti gli obiettivi, le attività previste, gli indicatori per il monitoraggio. Il documento terrà conto di eventuali disservizi segnalati ed il contenuto verrà condiviso con il personale durante un incontro di equipe al fine di favorire la condivisione degli obiettivi e le modalità di raggiungimento degli stessi.

Verrà garantita la diffusione del piano annuale di miglioramento a tutto il personale.

SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA QUALITA'

La Fondazione dispone di un sistema strutturato per la valutazione della qualità dei servizi erogati.

E' presente una relazione annuale che esplicita i risultati, le eventuali criticità rilevate e le azioni migliorative per l'anno successivo, dando evidenza del coinvolgimento del personale nelle attività di valutazione e diffusione dei risultati della relazione annuale agli interessati (Informativa ai dipendenti, Bilancio Sociale e Cartellonistica).

Per quanto riguarda le azioni correttive e preventive, in attuazione delle politiche indicate, la Direzione Sanitaria promuove azioni correttive/preventive (AC/AP) a seguito di:

- Eventi sentinella/near miss rilevati nel corso dell'attività;
- Segnalazioni degli utenti riguardanti particolari aree di funzionamento (Cfr gestione segnalazioni);
- Rilevazioni della customer satisfaction di Utenti e Operatori.

La procedura degli eventi near miss accaduti durante la cura è contenuta nel Protocollo "Identificazione, segnalazione e gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" ID 12 – 20 Even Avv Rev. 3 del 03.01.2022 e "Gestione del Rischio Clinico (Clinical Risk Management)" ID 05 - 9 Risk Management Rev. 0 del 25.11.2022.

Le AC/AP sono promosse e condotte a cura del Responsabile qualità, che coinvolge le funzioni aziendali indicate. L'efficacia delle AC/AP è valutata in sede di riesame della Direzione.

La Fondazione adotta inoltre opportune modalità per dare evidenza dei risultati agli operatori.

PIANIFICAZIONE OBIETTIVI

OBIETTIVI DEL TRIENNIO 2023-2025

Per il triennio 2023-2025 vengono posti i seguenti obiettivi:

Gli obiettivi dell'attività nelle specifiche aree di intervento per il triennio sono così definiti:

AMBITO	OBIETTIVO
Produzione	Implementare l'attività di CD
Efficacia clinico-assistenziale	Attuazione di interventi appropriati
Formazione del personale	Partecipazione ad almeno un evento formativo nell'anno per ciascuna unità di personale
Coinvolgimento del territorio	Aumentare l'interazione ed il mantenimento dei contatti con il territorio realizzando progetti di collaborazione con i MMG, il Comune e le Associazioni che si occupano di persone in condizioni di fragilità
Sostegno delle famiglie e del caregiver	Proporre attività di sostegno psico emotivo ai familiari
Miglioramento qualità organizzativa e assistenziale – umanizzazione delle cure	Attuare almeno corsi di formazione su relazione e comunicazione e team building, che coinvolga almeno il 60% del personale dipendente.

INDICATORI, MODALITÀ E TEMPI DI VALUTAZIONE DEI RISULTATI

In relazione alle attività pianificate per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi annuali sopra indicati, l'organizzazione definisce i seguenti:

OBIETTIVI	STRUMENTI	INDICATORI	MODALITÀ	TEMPI
Implementare l'attività di ADI-CD	Reportistica prese in carico	Numero di prese in carico	Statistica	Dicembre
Attuazione di interventi appropriati	Controlli di Appropriatezza	% di appropriatezza	Report	Semestrale
Partecipazione ad almeno 1 evento formativo nell'anno per ciascuna unità di personale	Piano di formazione	Attestato di partecipazione/foglio firme	Verifica personale fascicoli	annuale
Aumentare l'interazione ed il mantenimento dei contatti con il territorio realizzando progetti di collaborazione con i MMG, il Comune e le Associazioni che si occupano di persone in condizioni di fragilità	Programma di collaborazione e progetti	Numero collaborazioni attive e numero progetti realizzati	Verifica Progetti realizzati	annuale
Attuare almeno corsi di formazione su relazione e comunicazione e team building, che coinvolga almeno il 60% del personale dipendente.	Piano di formazione	Attestato di partecipazione/foglio firme	>60%	annuale

All'interno del piano sono indicati i sistemi di relazione con i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta, i servizi di continuità delle cure, delle dimissioni protette, infermiere di famiglia e di comunità, la centrale operativa territoriale, raccordandosi con l'ASST sede delle prestazioni domiciliari. In quest'ottica di collaborazione, La Fondazione intende intensificare i rapporti anche con le Case di Comunità e l'infermiere di famiglia così da fornire risposte sempre più concrete e puntuali.

MODALITA' DI RAPPORTO E COORDINAMENTO CON LE RETI ASSISTENZIALI TERRITORIALI

L'assistenza domiciliare integrata si colloca nella rete dei servizi sociosanitari volti a garantire alle persone in condizioni di fragilità prestazioni sociosanitarie integrate a domicilio.

Le prestazioni sono complementari al caregiver familiare e sono erogate da personale qualificato che sostiene o integra la presenza del familiare o del collaboratore non sostituendolo completamente. Il servizio CD della Fondazione Sant'Erasmus ETS è autorizzato e accreditato col servizio sanitario regionale.

Il MAP o il presidio ospedaliero dimettente (che in ogni caso fa riferimento al MAP) è il prescrittore del servizio sociosanitario CD e il responsabile ultimo della cura del paziente.

Si struttura, pertanto, una modalità sistematica di rapporto con i medici di base che, oltre alla presa in carico del singolo caso di volta in volta attivato, possa creare una alleanza terapeutica tra i gestori del servizio ed il MAP.

Gli operatori che prendono in carico il paziente sono tenuti a contattare il MAP e concordare le migliori modalità di gestione del servizio prescritto, in ogni caso quando sia previsto un PAI (quindi ad esclusione del prelievo estemporaneo).

Data la difficoltà, talora, a reperire agevoli modalità di comunicazione con il MAP, La Fondazione si impegna nel percorso di reciproca conoscenza, attraverso la distribuzione di pieghevole informativo ed attraverso il progressivo contatto tra il responsabile medico/il coordinatore del servizio CD della Fondazione e i medici di base dei distretti coperti dal servizio. L'obiettivo è quello di reperire le più agevoli modalità di accesso e favorire il percorso di presa in carico della rete dei servizi.

Il rapporto con le reti dei servizi avviene attraverso plurime modalità, fermo restando che il MMG rimane il responsabile della regia della presa in carico.

La Fondazione attiva contatti con i MMG come sopra espresso. Oltre a questo, si attivano i seguenti flussi di contatto:

1. In caso di necessità di specifiche consulenze per la gestione dell'intervento, l'operatore che attiva il servizio si occuperà di contattare direttamente eventuali interlocutori quali specialisti ospedalieri prescrittori (fisiatri, chirurgo vascolare, ...)
2. In caso di necessità di variazioni del PAI sono attivi contatti mail con gli uffici ASST inviati a cura del coordinatore del servizio.

In considerazione dell'assoluta importanza del consolidamento di una integrazione fra Servizi di Cure Domiciliari con MMG/PLS, servizi di dimissioni protette, rete di cure palliative e di terapia del dolore, è presente uno specifico protocollo in cui sono esplicitate le modalità di relazione e di coordinamento con le reti assistenziali territoriali.

La Rete assistenziale è un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendolo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa. La valutazione attenta e costante dei pazienti in carico, attraverso strumenti validati e riconosciuti permette all'ente erogatore di monitorare costantemente i bisogni dell'assistito e d'indirizzarlo verso il percorso di cura più idoneo e performante sulla base appunto dei suoi bisogni clinici e assistenziali.

ALLEGATO A

**CURE DOMICILIARI – REGOLE DEL SERVIZIO
DGR 6867/2022**

L'attivazione delle cure domiciliari avviene con prescrizione del MMG/PLS su ricettario regionale per utenti che necessitano di assistenza/riabilitazione e non possono recarsi presso strutture sanitarie poiché impossibilitati a spostarsi dal domicilio con i comuni mezzi di trasporto. Può essere attivata anche all'esito della dimissione ospedaliera.

La prescrizione deve indicare:

- la diagnosi di patologia o di condizione;
- i bisogni o le motivazioni della richiesta di attivazione delle CD, con modalità differenziate per le CD erogabili in forma di percorsi standardizzati e per l'ADI integrata.

Il percorso valutativo avviene attraverso alcune tappe principali:

- l'accoglienza della richiesta, pervenuta da utenti/familiari, da MMG/PDF, ospedale, segnalazione del Comune, ecc.;
- la valutazione multidimensionale del bisogno secondo gli strumenti definiti.

A seguito della richiesta di attivazione, previa verifica dei criteri di accesso e di eventuali incompatibilità, deve essere effettuata, nel rispetto dei tempi previsti, la valutazione multidimensionale (VMD) dei bisogni. La valutazione è, infatti, premessa per la definizione del Progetto individuale di assistenza (PI) e del Piano di Assistenza Individuale (PAI).

Alla luce dei risultati della sperimentazione ex DGR X/7770/2018, viene confermata l'utilità di una valutazione per livelli differenziati, per guidare la selezione dei percorsi e dei livelli assistenziali più coerenti con i bisogni delle persone. Il modello si è rivelato capace di cogliere globalmente i bisogni della persona fragile nel suo contesto di vita, relazionale e sociale. Si ritiene pertanto di confermare che la valutazione, ai fini dell'ammissione al servizio di cure domiciliari/ADI, venga effettuata secondo i seguenti livelli e strumenti:

- Valutazione di primo livello: prevede l'utilizzo della Scheda unica di Triage. Ha funzioni di screening e di rapida identificazione delle popolazioni eleggibili per le CD di base e per i percorsi standardizzati o per le quali non sia indispensabile la VMD di II livello;
- VMD di secondo livello: prevede l'utilizzo dello strumento di VMD di terza generazione. È necessaria di regola per l'ammissione alle CD integrate (ADI) e per l'identificazione dell'intensità assistenziale necessaria.

Per la richiesta della sola prestazione "prelievo domiciliare", per le persone compatibili con l'ammissione alle CD, va sempre effettuata la valutazione di primo livello, in modo da assicurare sia la verifica dell'effettivo bisogno che il debito informativo (item previsti dal Sistema Informativo Assistenza Domiciliare – SIAD - di cui al D.M. 17 dicembre 2008 e s.m.i).

Secondo il modello sperimentato, anche per le persone ammesse alle CD di base e ai percorsi standardizzati è prevista la possibilità, da parte dell'erogatore pubblico o privato accreditato prescelto dalla famiglia, di chiedere una rivalutazione quando, durante lo svolgimento delle attività previste dal PAI, emergano nuovi eventi o bisogni di maggiore complessità, tali da suggerire la revisione del Progetto individualizzato e del PAI.

Ogni riammissione al servizio, a seguito di precedente dimissione, richiede una nuova prescrizione medica.

Non occorre una nuova prescrizione per le seguenti casistiche:

- rivalutazione periodica;
- sospensione temporanea del servizio;
- rivalutazione a fronte di mutate condizione cliniche.

In tal caso è necessaria la ridefinizione del PI da parte del distretto. In sede di rivalutazione (non di sospensione) è garantita dal distretto l'alimentazione dei dati richiesti dal tracciato SIAD come riportati nell'appendice al presente allegato.

PROFILI ASSISTENZIALI

Sulla base dei bisogni rilevati attraverso la VMD e considerando anche il coefficiente di intensità assistenziale (CIA), viene definito il profilo di assistenza cui corrisponde una valorizzazione economica. Il CIA, indicatore appositamente pensato per l'Assistenza domiciliare, è calcolato come rapporto tra il numero di Giornate Effettive di Assistenza (GEA) e il numero di Giornate di Cura (GeA/GdC), ovvero tra il numero di giornate in cui viene eseguito almeno un accesso al domicilio e il numero totale di giornate di presa in carico. Il valore del CIA può variare da 0 a 1, laddove 0 indica nessuna necessità di assistenza ed 1 la necessità di assistenza quotidiana.

Le prestazioni dovranno essere distribuite nell'arco di tempo definito in coerenza con gli obiettivi previsti dal PI e dal PA.

Il D.P.C.M. del 12 gennaio 2017, sulla base del CIA, prevede la definizione dei seguenti livelli assistenziali:

- Cure domiciliari di base: CIA < 0,14
- Cure domiciliari integrate (ADI):
 - o I° Livello: CIA 0,14 – 0,30;
 - o II° Livello: CIA 0,31 – 0,50;
 - o III° Livello: CIA > 0,50.

Le CD integrate rispondono a bisogni di maggiore complessità o con specifiche necessità di integrazione sociale o continuità assistenziale. Per questi livelli i servizi sanitari possono integrarsi con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, di competenza degli Enti Locali.

Rientrano nel capitolo delle Cure domiciliari integrate (ADI) i percorsi di cure domiciliari rivolte a pazienti che presentano un bisogno complesso nelle dimensioni sanitaria, funzionale e psicosociale. L'attività erogata va ad integrarsi con quella svolta dagli altri servizi della rete con l'obiettivo di sostenere la continuità delle cure, favorire i percorsi di dimissione protetta, impattando favorevolmente sulla durata delle degenze ospedaliere, sulla riduzione di ricoveri impropri e sul ricorso ad altri setting a maggiore intensità.

Le Cure domiciliari integrate, si differenziano da quelle di base o a percorso standardizzato, perché richiedono:

1. una VMD di secondo livello in grado di rilevare in modo puntuale, standardizzato e confrontabile:
 - a. tutte le dimensioni del bisogno, misurandole e rivalutandole nel tempo;
 - b. stabilire in maniera predittiva l'intensità assistenziale in funzione dei bisogni;
2. una presa in carico che si realizza con l'attivazione di un PI/PRI strutturato di regola attraverso l'intervento di un'equipe che lavora in maniera integrata, condividendo obiettivi e metodologia e che, oltre ad erogare prestazioni appropriate in risposta al bisogno rilevato, svolgono una funzione di governo clinico del percorso.

PROGETTO INDIVIDUALE

Sulla base dei bisogni emersi con la VMD è prevista la definizione del progetto individuale e del PAI. Il primo, di competenza dell'EVM del distretto, definisce gli obiettivi di cura, la tipologia degli interventi, la relativa durata, le figure professionali coinvolte e l'impegno assicurato dal care giver familiare/informale che, in maniera coerente, dovranno poi tradursi in un PAI. Il PAI di competenza dell'ente gestore prescelto dalla persona/famiglia definisce in coerenza con il PI la pianificazione degli interventi appropriati, delle prestazioni da erogare, delle relative tempistiche e frequenze. In particolare, la presa in carico dell'assistito da parte dell'erogatore prende avvio dalla valutazione e prevede:

- la definizione del PAI che, nel caso della presa in carico con percorso standardizzato, viene steso anche in linea con quanto indicato nel percorso;
- l'individuazione del case manager, ossia di un operatore, cui viene affidato il compito di assicurare la regia ed il coordinamento dell'intero processo assistenziale;
- l'erogazione degli interventi coerenti con i bisogni rilevati e con il progetto;
- il monitoraggio continuo;
- la dimissione che deve essere sempre motivata.

Il progetto individuale redatto dall'equipe di valutazione riporta:

- il percorso assistenziale "da protocollo" ovvero l'esplicitazione della tipologia di prestazioni da erogare;
- il numero degli accessi mensili da effettuare (frequenza/intensità/CIA);
- la durata della presa in carico in cure domiciliari (massimo 3 mesi);
- l'obiettivo/i assistenziali da perseguire;
- il valore economico del percorso.

L'EVM provvede alla rivalutazione periodica o per il mutare della situazione, finalizzata all'aggiornamento del Progetto Individuale.

Oltre che in fase di prima attivazione delle cure domiciliari, la VMD deve essere ripetuta o effettuata:

- sempre dopo un ricovero;
- in presenza di nuovi eventi o altre variazioni delle condizioni clinico-assistenziali o sociali, rilevate dagli operatori domiciliari, dal MMG/PLS, dagli infermieri di comunità, tali da richiedere cambiamenti del livello di intensità assistenziale;
- dopo una sospensione superiore a 15 giorni;
- periodicamente, in relazione alle indicazioni regionali e nazionali, e comunque ogni 90 giorni durante la presa in carico.

PROCEDURA OPERATIVA

Sotto il profilo operativo:

1. le richieste di attivazione sono presentate dalla persona, dalla sua famiglia o da altre figure o servizi professionali abilitati: MMG/PLS, infermieri di famiglia, reparti ospedalieri, servizi di PS, centrali di dimissione protetta, servizi di degenza ospedaliera o extra-ospedaliera (cure intermedie, ospedali di comunità). Se la richiesta avviene a cura di figure diverse dal MMG/PLS della persona, il Distretto (CdC) trasmette la necessaria comunicazione e la relativa documentazione al MMG/PLS.
2. se il risultato della scheda unica di triage somministrata dal MMG/PLS del distretto è inferiore o uguale a 7 non si procede alla VMD di secondo livello, fatte salve le diverse determinazioni dei professionisti sanitari impegnati nella valutazione del bisogno nel singolo caso; l'EVM compila altresì la scheda SIAD semplificata;
3. ricevuta dal MMG/PLS la prescrizione di CD di base e la scheda unica di triage, l'EVM del distretto procede alla stesura del progetto individuale.
4. la persona o la sua famiglia ricevono quindi comunicazione dell'avvenuta conclusione del processo e la lista dei possibili erogatori pubblici e privati attivi nel proprio territorio. La persona/famiglia può quindi procedere alla propria libera scelta e comunicare tale decisione - anche per via telefonica o digitale - al Distretto e all'erogatore selezionato.
5. l'erogatore selezionato:
 - a. dispone la prima visita domiciliare;
 - b. verifica a domicilio la situazione complessiva della persona e definisce il PAI in linea con il protocollo definito per il percorso (qualora si tratti di un percorso di base standardizzato) e lo applica, verificando quindi il raggiungimento degli obiettivi assegnati;
6. l'ente erogatore prescelto dalla famiglia contatta l'utente/famiglia per concordare il primo accesso a domicilio, anche finalizzato alla stesura del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) coerente con il P.I.
7. qualora la VMD rilevi un bisogno anche di natura sociale ovvero la contestuale necessità di attivare altri interventi e servizi di cure domiciliari (es. nutrizione, protesica, ventiloterapia, RSA aperta, etc.) l'equipe EVM, con il MMG/PLS:
 - comincia a prescrivere il percorso come sopra descritto, al fine di velocizzare la presa in carico del bisogno della persona;
 - attiva la COT al fine di programmare la valutazione in ordine all'attivazione di ulteriori interventi e servizi da parte dei competenti uffici di ASST o del Comune/ambito territoriale dei PDZ. Il distretto, per il tramite della CdC/COT, comunica all'ente gestore prescelto dalla famiglia anche l'eventuale

- attivazione in corso di altri interventi e servizi, al fine della migliore contestualizzazione di tutti gli attori nell'ambito del processo di presa in carico del bisogno della persona.
8. se durante lo svolgimento del percorso, emergono necessità di livello superiore, propone – indicandone le relative motivazioni – una rivalutazione del caso;
 9. l'EVM del distretto prende atto della richiesta e:
 - a. rigetta la richiesta, confermando il percorso se non la ritiene motivata;
 - b. accoglie la richiesta e dispone la VMD di secondo livello.
 10. la VMD di secondo livello prevede sempre la valutazione domiciliare della persona. Se la VMD di secondo livello conferma la revisione del Progetto personalizzato, viene ridefinito il profilo ADI;
 11. è rilevante sottolineare che, definito il bisogno, in relazione al processo di attivazione delle cure domiciliari, non devono essere richiesti alla persona o alla famiglia ulteriori adempimenti diversi dalla libera scelta dell'erogatore pubblico o privato effettuata dalla famiglia e comunicata all'EVM.

PERSONALE

Le prestazioni devono essere erogate da personale qualificato ed in possesso dei titoli professionali previsti dalla normativa sull'esercizio e l'accreditamento e sono complementari e non sostitutive dell'attività del caregiver familiare/informale.

FAMIGLIARI

Nell'ambito delle Cure Domiciliari/Assistenza Domiciliare Integrata, infatti, è di fondamentale importanza prevedere il coinvolgimento dei familiari/caregiver che, nel rispetto dei ruoli e delle competenze, previo training da parte degli operatori qualificati, possono diventare parte attiva del processo assistenziale. Data la specificità degli interventi domiciliari, progetto e PAI devono essere condivisi e sottoscritti tra le parti (interessato/familiare/Amministratore di sostegno/Tutore ed erogatore). Il PI e il PAI dovranno essere disponibili nel FaSAS (fascicolo digitale), e, in prospettiva, nel Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE. Devono essere aggiornati e conservati nel rispetto delle norme vigenti.

CITTADINI NON RESIDENTI IN LOMBARDIA

Ferma restando la necessità di prescrizione medica, l'accesso al servizio per i cittadini non residenti in Lombardia, avviene:

- nel rispetto della normativa vigente in tema di compensazioni interregionali;
- per i cittadini stranieri non iscritti al SSN, secondo le specifiche normative in materia di erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie;

a seguito di una valutazione multidimensionale di 1° o 2° livello, effettuata dalla ASST in raccordo con il MMG/PLS, unitamente alla rilevazione dei dati necessari alla rendicontazione delle cure domiciliari nei flussi regionali e nazionali. Flussi che costituiscono la fonte per la rilevazione del livello di avanzamento delle regioni nell'attuazione dell'obiettivo target di PNRR al 2026 della presa in carico in cure domiciliari del 10% della popolazione over 65 anni

ALLEGATO B

TRIAGE E VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**TRIAGE**

L'ente gestore prescelto dalla famiglia visualizza gli esiti della valutazione effettuata dalla CdC/ MMG, effettua il primo accesso al domicilio e definisce il PAI, precisamente individuando:

- i profili professionali individuati per l'erogazione delle prestazioni, in coerenza con quanto previsto nel PI;
- la tipologia di prestazioni da erogare (riferimento al protocollo definito per il percorso laddove prescritto nel PI);
- frequenza e timing degli accessi al domicilio;
- indicatori di esito rispetto agli obiettivi assistenziali definiti all'esito della valutazione nel PI.

La Scheda Unica di Triage è utilizzata come scheda di valutazione multidimensionale di primo livello; questo strumento valutativo di primo livello si articola in otto domande, che presuppongono una risposta su 4 livelli di gravità: a) assente o lieve b) moderato c) grave d) molto grave. Ad ogni area e a ogni livello di gravità è associata una diversa pesatura. La scheda di valutazione di primo livello può essere somministrata da personale sanitario adeguatamente formato.

La valutazione di primo livello viene effettuata in occasione di ogni primo contatto fra chi esprime la domanda/richiesta di cure domiciliari e ogni professionista delegato nel nuovo assetto dei servizi territoriali (MMG, PLS, Casa della Comunità, COT, infermiere di comunità, operatori dei reparti di degenza o dei servizi di PS). Ha l'obiettivo di discriminare rapidamente i bisogni o le condizioni (morbilità, disabilità, vulnerabilità sociale, comportamento) di specifica complessità che rendano appropriata la VMD di II livello. Permette anche di selezionare le persone i cui bisogni possano essere affrontati con percorsi standardizzati o prestazioni mono-professionali limitate nel tempo.

La VMD di secondo livello, basata sulla sommatoria di più scale singole (Barthel, CIRS, ICA), assorbe risorse umane ed economiche. Permette di orientare risposte complesse a bisogni complessi, giustificando le risorse umane ed economiche investite nella sua esecuzione, guidando il processo di presa in carico.

Fatto salvo le casistiche in cui non è possibile l'attivazione di cure domiciliari e viene valutata la necessità di orientare la persona e la famiglia verso altri setting di assistenza, la VMD di 1° livello con un punteggio (cut-off) fino a 7 esclude la necessità di una VMD di 2° livello. Punteggi pari o superiori a 8 identificano invece persone di regola appropriate per la valutazione di II livello.

La scheda unica di triage è compilata dal MMG/PLS nell'ambito del sistema di gestione digitale del territorio, attraverso il sistema stesso, al Distretto della residenza o del domicilio dell'assistito. Nelle ipotesi in cui il MMG/PLS non possa procedere a tale compilazione, ferma restando in capo allo stesso la prescrizione sulla ricetta, vi provvede l'EVM del distretto ai fini della formulazione del Progetto individuale (PI).

L'EVM del distretto, insieme al MMG/PLS, operanti anche da remoto con modalità CdC hub/ambulatorio spoke, definisce il Progetto Individuale e acquisisce da parte della famiglia la scelta dell'ente gestore per l'erogazione dell'assistenza. Occorre qui evidenziare che le modalità di raccordo tra MMG/PLS e CdC ai fini della VMD possono quindi attuarsi anche attraverso collegamenti a distanza tra gli operatori della CdC Hub e lo spoke dell'ambulatorio del MMG/PLS, nonché collegamenti da remoto con l'assistente sociale del comune, la persona e/o il suo caregiver.

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Qualora il punteggio/cut-off della scheda triage fosse superiore a 7, è necessario di regola procedere alla VMD di secondo livello. L'attivazione dell'ADI integrata di 3° livello richiede sempre la VMD di secondo livello. Uno strumento validato per la VMD di secondo livello utilizza lo strumento InterRAI/HC.

Supportato da un'ampia validazione scientifica tale strumento permette di:

- esplorare tutte le dimensioni utili a definire il profilo di complessità della persona: condizioni di malattia, stabilità clinica, funzionalità motoria e cognitiva, tono dell'umore, comportamento, vulnerabilità sociale, risorse personali e ambientali;
- restituire misure standardizzate, stratificate per livelli di fabbisogno e complessità assistenziale, utili a definire l'appropriatezza degli interventi e la stima degli esiti.

La VMD di secondo livello effettuata con lo strumento InterRAI/HC permette di identificare i profili di rischio della persona, anche sul versante psico-sociale e su quello del rischio di istituzionalizzazione o ospedalizzazione. Definisce inoltre i livelli di stabilità clinica e di gravità prognostica e gli obiettivi utili a guidare la progettazione del PAI.

Tale sistema individua otto domini di valutazione, riconosciuti come essenziali per impatto e trasversalità, svincolati quindi dalla patologia causante e dall'età della persona valutata, rispetto ai quali si definiscono, mediante l'applicazione di scale validate e appropriate per gli ambiti da valutare, alcuni parametri standard di compromissione funzionale suddivisi per livelli di gravità. I domini individuati sono:

1. Respirazione
2. Nutrizione (deglutizione e capacità ad alimentarsi)
3. Comunicazione (parola, scrittura)
4. Motricità (deambulazione/spostamenti, passaggi posturali, cura del sé, vestirsi)
5. Controllo sfinterico (minzione, defecazione)
6. Sfera sensoriale (vista, udito, sensibilità superficiale, vestibolare, dolore)
7. Cognitività e/o comportamento
8. Tono dell'umore.

La sua applicazione è fondata su una logica di multi professionalità della valutazione, incardinata nell'ambito della CDC, attraverso il raccordo con il MMG/PLS della persona, il coinvolgimento della persona/care giver, del Comune.

In questa prospettiva la valutazione dell'impatto della malattia non è graduata sulla sola perdita funzionale, anche ai fini di una corretta "pesatura delle risorse" sia professionali che economiche: non sono, infatti, da trascurare le implicanze psicologiche e le influenze socio-ambientali che tali condizioni patologiche comportano sia per la persona che per la sua famiglia. Vengono pertanto introdotte anche scale di valutazione in grado di rilevare queste componenti ad integrazione di quelle abitualmente utilizzate in campo medico al fine di attuare una sempre più reale personalizzazione delle cure e dei piani di assistenza.

I risultati di InterRAI/HC permettono di identificare e tradurre in indici sintetici e di fabbisogno assistenziale:

- 1) Il livello di compromissione delle autonomie di base (BADL) e cognitive:
 - a. ADL Hierarchy: da indipendenza a massima dipendenza
 - b. Cognitive performance scale (CPS): da normalità a compromissione molto grave
- 2) Il livello di salute, stabilità clinica e il rischio di aggravamento o prognostico:
 - a. Changes in Health, End-Stage Disease, Signs and Symptoms Scale (CHESS): da assolutamente stabile a elevata instabilità (NB: CHESS ha anche valore prognostico quoad vitam);
 - b. la necessità di interventi specifici, anche di supporto vitale;
- 3) L'assegnazione per gruppi di rischio e di priorità assistenziale:
 - a. Clinical Assessment Profile (CAPs): possono orientare il progetto personalizzato e assegnare priorità agli erogatori pubblici e privati;
 - b. Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): assegna un livello di priorità di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari residenziali o ospedalieri oppure di rischio di istituzionalizzazione o ospedalizzazione (da basso a molto alto);
- 4) La consistenza e solidità della rete sociale, la qualità abitativa e le preferenze di persone e famiglie nella scelta del setting o del tipo di risposte.

In questo senso:

- i profili sono collegati primariamente al livello di complessità definita dagli indicatori 1) e 2);
- la priorità degli interventi (PAI) dall'indicatore 3 a);

- la scelta del setting può essere favorita dalle indicazioni degli indicatori 3 b) (RSA, RSD), 2 a) (Cure Palliative) e 4;
- soprattutto gli indicatori 3 b) (MAPLe) e 2 a) (CHESS) sono utili per la progettazione condivisa con le famiglie e la pianificazione anticipata delle cure. Gli stessi e gli indicatori 4) sono funzionali anche all'attivazione delle diverse forme di protezione giuridica.

Nella prospettiva sopra richiamata della impostazione multiprofessionale, il modello di valutazione multidimensionale di secondo livello deve essere gestito da una équipe preferibilmente composta dai seguenti profili professionali: medico, infermiere ed assistente sociale, nell'ambito della Casa di Comunità e, gradualmente, attraverso il sistema di gestione digitale del territorio in corso di sviluppo. Può essere eseguita da un unico operatore addestrato, che può avvalersi, in caso di necessità, della consulenza di altri professionisti o specialisti appartenenti alla Casa della Comunità o attivabili, tramite il MMG/PLS. In presenza di necessità riabilitative è necessaria la valutazione fisiatrica per la definizione del PRI.

Sotto il profilo operativo, l'EVM, in presenza di un scheda unica di triage con valore > 7, procede quindi - progressivamente attraverso il sistema digitale di gestione del territorio in corso di sviluppo e implementazione - all'effettuazione della VDM di secondo livello gestibile anche con modalità a distanza tra operatori (infermiere di comunità, altri operatori della CdC) della CdC hub/Ambulatori MMG/PLS spoke/assistenti sociali del Comune/Ambito territoriale/ la persona ovvero il suo caregiver o l'amministratore di sostegno.

Alle sedute dell'EVM per l'effettuazione della VMD di secondo livello possono essere invitati a partecipare, (anche con modalità a distanza) anche eventuali ETS del distretto con cui sono state co-progettate ex ante o potrebbero co-progettarsi possibili azioni di sostegno a vantaggio della risposta ai bisogni della comunità distrettuale che potrebbero risultare rilevanti e qualificare la risposta al bisogno nel singolo caso, potenziandone l'efficacia in termini di qualità della vita e di inclusione della persona e della famiglia.

I dati rilevati attraverso la valutazione multidimensionale di secondo livello saranno alimentati dagli operatori dell'équipe di valutazione nel gestionale Interrai Homecare e verranno in prospettiva resi disponibili/fruibili, tramite cooperazione applicativa, all'interno del sistema digitale di gestione del territorio in corso di sviluppo e implementazione a livello regionale. In relazione ai risultati della VMD di secondo livello viene definito dalla EVM il Progetto Individualizzato (PI), che contempla aree di intervento, obiettivi perseguibili, figure professionali coinvolte, tipologia degli interventi e loro tempi e durata. Queste variabili dovranno quindi essere tradotte e applicate nel PAI/PRI.

Oltre che in fase di prima attivazione delle cure domiciliari, la VMD deve essere ripetuta o effettuata:

- sempre dopo un ricovero;
- in presenza di nuovi eventi o altre variazioni delle condizioni clinico-assistenziali o sociali, rilevate dagli operatori domiciliari, dal MMG/PLS, dagli infermieri di comunità, tali da richiedere cambiamenti del livello di intensità assistenziale;
- dopo una sospensione superiore a 15 giorni;
- periodicamente, in relazione alle indicazioni regionali e nazionali, e comunque ogni 90 giorni durante la presa in carico.

