

AZIENDA SPECIALE DI SERVIZI DI CASALPUSTERLENGO
26841 CASALPUSTERLENGO

Delibera n° 6

CODICE ENTE 41112

L'anno duemila ventiquattro, addì ventotto del mese di marzo alle ore 17,30 si è riunito il Consiglio di Amministrazione della Azienda Speciale di Servizi, regolarmente convocato nei modi e termini di legge.

Eseguito l'appello risultano:

| | | | Note |
|--------------------------|----------------------|----------|--------------------|
| Presidente | Mauro Soldati | presente | |
| Consigliere | Eleonora Cosimo | presente | In videoconferenza |
| Consigliere | Simon Grasso | presente | In videoconferenza |
| Consigliere | Marco Tedesi | presente | In videoconferenza |
| Consigliere | Stefania Corona | assente | |
| Revisore | Sonia Polvara | presente | |
| Direttore Amministrativo | Massimo Pezzini | assente | |
| Direttore Aziendale | Maria Claudia Bosoni | presente | |

Il Sig. Mauro Soldati assunta la Presidenza e riconosciuta la validità dell'adunanza, dichiara aperta la riunione.

Oggetto: Approvazione aggiornamento Documento Organizzativo e gestionale 2023 ai sensi della DGR Lombardia n. X/2569 del 31/10/2014

Il Consiglio di Amministrazione

Come esplicitato nella DGR Lombardia n. X/2569 del 31/10/2014 ai fini dell'esercizio e accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie con particolare riferimento ai requisiti generali – organizzativi e gestionali del DPR 14/1/1997, è necessaria l'approvazione entro il 31 marzo del documento organizzativo e gestionale delle UdO dell'Azienda Speciale di Servizi di Casalpusterlengo

Con deliberazione n. 25 del 28/03/2023 è stato approvato il Documento Organizzativo per il 2023 e considerata la necessità di apportare integrazioni al suddetto documento, a tal fine viene sottoposto al Consiglio il testo aggiornato al 2024– ALLEGATO A – facente parte integrante del presente atto e così suddiviso:

- Parte generale
- RSA,
- CDI

- Cure Domiciliari,
- UCP Dom.

In particolare, nel documento sono state inserite oltre alla missione e i valori dell'organizzazione, le politiche complessive, gli assetti istituzionali ed organizzativi, gli obiettivi per le diverse unità di offerta accreditate,

Su proposta del Direttore

DELIBERA

Di approvare, per le motivazioni indicate in premessa, l'aggiornamento del documento organizzativo e gestionale 2024 come da ALLEGATO A, facente parte integrante del presente atto.

Il Presidente
(Mauro Soldati)

Il Segretario verbalizzante
(Maria Claudia Bosoni)



ASSC
Azienda Speciale di Servizi
di Casalpusterlengo

DOCUMENTO ORGANIZZATIVO E GESTIONALE

2024

DGR LOMBARDIA N° X/2569 DEL 31/10/2014

DGR N° 6867 DEL 2022

DGR N° X/5918 DEL 28/11/2016

SOMMARIO

| | |
|---|-----------|
| PARTE GENERALE | 5 |
| 1. MISSIONE E VALORI ISPIRATORI DELL'ORGANIZZAZIONE..... | 5 |
| 2. POLITICHE COMPLESSIVE (CAMPI PRIORITARI DI AZIONE E METODI ADOTTATI PER RAGGIUNGERE GLI OBIETTIVI)..... | 6 |
| 3. ASSETTO ISTITUZIONALE..... | 7 |
| 4. ASSETTO ORGANIZZATIVO..... | 13 |
| 4.1 Organigramma aziendale..... | 13 |
| 4.2 Funzionigramma aziendale..... | 14 |
| 5. RAPPORTI CON I VOLONTARI..... | 32 |
| 6. SPERIMENTAZIONE, RICERCA, PROGETTAZIONE E INNOVAZIONE..... | 33 |
| 7. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE..... | 34 |
| 8. COINVOLGIMENTO DEL TERRITORIO..... | 34 |
| 9. EDUCAZIONE ALLA SALUTE E PROMOZIONE DEL BENESSERE..... | 34 |
| 10. SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE E DEI CAREGIVERS..... | 34 |
| 11. SETTORE EDUCATIVO – ANIMATIVO – DI SOCIALIZZAZIONE..... | 35 |
| 12. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ ORGANIZZATIVA E ASSISTENZIALE NEL RISPETTO DEI PRINCIPI DI UMANIZZAZIONE..... | 35 |
| 13. GESTIONE E RECLUTAMENTO RISORSE UMANE..... | 35 |
| 14. OBIETTIVI TRASVERSALI ALLE UDO - DEFINIZIONE OBIETTIVI 2024..... | 38 |
| R.S.A. VITADINI TERZAGHI | 39 |
| 1. ASSETTO ORGANIZZATIVO R.S.A. | 39 |
| 1.1 Organigramma..... | 39 |
| 1.2 Funzionigramma..... | 39 |
| 1.3 Modalità di erogazione del servizio..... | 40 |
| 2. OBIETTIVI DELL'UNITÀ D'OFFERTA, SERVIZI EROGATI E POPOLAZIONE POTENZIALMENTE INTERESSATA..... | 40 |
| 2.1 Mission/Obiettivi..... | 41 |
| 2.2 Popolazione interessata..... | 41 |
| 2.3 Servizi erogati..... | 41 |

| | | |
|-----|---|-----------|
| 3. | PROGRAMMA ANNUALE - ANALISI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI SPECIFICI 2023 RSA (PER LA DESCRIZIONE SI RIMANDA AI DOCUMENTI ORGANIZZATIVI 2023 CHE CONTENGONO I PROGRAMMI ANNUALI)..... | 43 |
| 4. | PROGRAMMA ANNUALE - DEFINIZIONE OBIETTIVI 2024 E PIANO DI MIGLIORAMENTO | 48 |
| | C.D.I. GIRASOLE | 50 |
| 1. | ASSETTO ORGANIZZATIVO C.D.I. | 50 |
| 1.1 | Organigramma | 50 |
| 1.2 | Funzionigramma | 50 |
| 1.3 | Modalità di erogazione del servizio | 51 |
| 1.4 | Definizione annuale del piano di lavoro | 51 |
| 2. | OBIETTIVI DELL'UNITÀ D'OFFERTA, SERVIZI EROGATI E POPOLAZIONE POTENZIALMENTE INTERESSATA..... | 51 |
| 2.1 | Mission/Obiettivi..... | 52 |
| 2.2 | Popolazione interessata | 52 |
| 2.3 | Servizi erogati | 53 |
| 3. | PROGRAMMA ANNUALE - ANALISI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI SPECIFICI 2023 RSA (PER LA DESCRIZIONE SI RIMANDA AI DOCUMENTI ORGANIZZATIVI 2023 CHE CONTENGONO I PROGRAMMI ANNUALI)..... | 53 |
| 4. | PROGRAMMA ANNUALE - DEFINIZIONE OBIETTIVI 2024 E PIANO DI MIGLIORAMENTO | 55 |
| | CURE DOMICILIARI | 56 |
| 1. | PREMESSA..... | 56 |
| 2. | ASSETTO ORGANIZZATIVO CURE DOMICILIARI..... | 57 |
| 2.1 | Organigramma | 57 |
| 2.2 | Funzionigramma | 57 |
| 2.3 | Modalità di erogazione del servizio | 58 |
| 3. | OBIETTIVI DELL'UNITÀ D'OFFERTA, SERVIZI EROGATI E POPOLAZIONE POTENZIALMENTE INTERESSATA..... | 63 |
| 3.1 | Mission/Obiettivi..... | 63 |
| 3.2 | Popolazione interessata | 63 |
| 3.3 | Servizi erogati | 63 |
| 4. | PIANO TRIENNALE CURE DOMICILIARI (ADEMPIMENTI EX ART. 22 DPCM "CURE DOMICILIARI" DEL 12/01/2017) | 65 |
| 4.1 | Obiettivi | 65 |
| 4.2 | Pianificazione e Programmazione | 65 |
| 4.3 | Sistemi di relazione | 65 |
| 4.4 | Modalità di coordinamento..... | 65 |
| 5. | PROGRAMMAZIONE ANNUALE | 66 |
| 5.1 | Erogazione e dotazione organica | 66 |
| 5.2 | Telemedicina | 66 |

| | | |
|-----|---|-----------|
| 6. | PROGRAMMA ANNUALE - ANALISI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI SPECIFICI 2023 RSA (PER LA DESCRIZIONE SI RIMANDA AI DOCUMENTI ORGANIZZATIVI 2023 CHE CONTENGONO I PROGRAMMI ANNUALI)..... | 67 |
| 7. | PROGRAMMA ANNUALE - DEFINIZIONE OBIETTIVI 2024 E PIANO DI MIGLIORAMENTO | 67 |
| | U.C.P. DOM | 68 |
| 1. | ASSETTO ORGANIZZATIVO U.C.P. DOM..... | 68 |
| 1.1 | Organigramma | 68 |
| 1.2 | Funzionigramma | 68 |
| 1.3 | Modalità di erogazione del servizio | 70 |
| 2. | OBIETTIVI DELL'UNITÀ D'OFFERTA, SERVIZI EROGATI E POPOLAZIONE POTENZIALMENTE INTERESSATA..... | 72 |
| 2.1 | Mission/Obiettivi..... | 72 |
| 2.2 | Popolazione interessata..... | 73 |
| 2.3 | Servizi erogati | 73 |
| 3. | PROGRAMMAZIONE ANNUALE | 74 |
| 3.1 | Erogazione e dotazione organica | 74 |
| 3.2 | Telemedicina..... | 74 |
| 4. | PROGRAMMA ANNUALE - ANALISI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI SPECIFICI 2023 RSA (PER LA DESCRIZIONE SI RIMANDA AI DOCUMENTI ORGANIZZATIVI 2023 CHE CONTENGONO I PROGRAMMI ANNUALI)..... | 74 |
| 5. | PROGRAMMA ANNUALE - DEFINIZIONE OBIETTIVI 2024 E PIANO DI MIGLIORAMENTO | 74 |

PARTE GENERALE

1. MISSIONE E VALORI ISPIRATORI DELL'ORGANIZZAZIONE

L'Azienda Speciale di Servizi di Casalpuusterlengo (ASSC) è un ente pubblico economico costituito ai sensi dell'art. 114 del D.Lgs. n. 267/00. Nata come Municipalizzata e destinata alla gestione della sola Farmacia Comunale, oggi è ente strumentale del Comune di Casalpuusterlengo, con autonomia patrimoniale, e riunisce competenze specifiche di tipo sociosanitario, socioassistenziale e socioeducativo, nel settore dei Servizi alla Persona ed alla Famiglia.

L'Azienda è ente gestore dei seguenti servizi:

- le Farmacie comunali 1 e 2
- RSA Vittadini Terzaghi
- CDI Girasole
- Cure Domiciliari
- Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP DOM)
- Misura RSA Aperta
- Centro di Medicina dello Sport
- Servizi Socio Sanitari Territoriali (punti prelievo ambulatoriali e domiciliari; prelievi domiciliari a pagamento) - anche in collaborazione con altri enti.

L'Azienda Speciale di Servizi di Casalpuusterlengo, inoltre, in forza di apposita convenzione sottoscritta dai Comuni di Casalpuusterlengo, Ospedaletto Lodigiano, Castiglione d'Adda, Guardamiglio, Terranova dei Passerini, eroga a favore di questi enti i seguenti servizi sociali:

- Servizio Sociale Professionale
- Mensa Domiciliare
- Assistenza Domiciliare ad anziani e disabili
- Competenze amministrative in materia di disabilità per quanto riguarda i servizi diurni
- Tutela minori (comprensiva di penale minorile, azioni connesse ai minori stranieri non accompagnati, servizio affidi)
- Interventi educativi mirati
- Assistenza Educativa Scolastica
- Servizio Trasporto Disabili
- Servizi a progetto

La convenzione è finalizzata ad assicurare servizi sociali gestiti con competenze tecnico - professionali adeguate ed omogenee tra i comuni aderenti, assicurando anche una gamma di interventi e prestazioni ampia e qualificata ed uniformando le metodologie di intervento ed i relativi costi. L'organizzazione dei servizi previsti dalla convenzione assicura lo svolgimento degli stessi in un'ottica di economicità, efficienza, efficacia e rispondenza al pubblico interesse, perseguiti attraverso economie di scala conseguenti al loro affidamento all'Azienda.

A seguito della riforma sanitaria in materia di presa in carico di ospiti fragili e cronici, l'Azienda ha ottenuto i seguenti accreditamenti:

- Ente Gestore capofila in associazione con 3 altre realtà in ambito di presa in carico di soggetti fragili e cronici. I partner sono l'Azienda di Servizi alla Persona Valsasino di San Colombano al Lambro, Società Cooperativa Sociale il Mosaico Servizi di Lodi ed infine l'Azienda Speciale Consortile del Lodigiano per i Servizi alla Persona di Lodi.
- Ente Erogatore per ASST di Lodi.

2. POLITICHE COMPLESSIVE (CAMPI PRIORITARI DI AZIONE E METODI ADOTTATI PER RAGGIUNGERE GLI OBIETTIVI)

ASSC, nel contesto della rete dei servizi erogati alla propria utenza anziana, svolge la sua azione improntandola ai seguenti principi fondamentali, ai sensi della Direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 27 gennaio 1994 "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici":

Eguaglianza

Ogni persona ha il diritto di ricevere l'assistenza e le cure mediche più appropriate, senza discriminazione di sesso, razza, lingua, convinzione religiosa, opinioni politiche e condizioni socioeconomiche.

Imparzialità

I comportamenti degli operatori verso gli utenti sono ispirati a criteri di obiettività, giustizia ed imparzialità.

Continuità

Viene assicurata la continuità e regolarità delle cure. In caso di funzionamento irregolare, l'ASSC adotta misure volte ad arrecare agli utenti il minor disagio possibile. In tali casi ci si impegna a ridurre al minimo i tempi di disservizio.

Partecipazione

Viene assicurata all'utente la partecipazione alla prestazione del servizio attraverso un'informazione corretta, chiara e completa, la possibilità di esprimere la propria valutazione sulla qualità delle prestazioni erogate e di inoltrare reclami o suggerimenti per il miglioramento del servizio.

Diritto di scelta

Pur nel rispetto dei principi ispiratori ed organizzativi che regolano i servizi, ogni utente ha diritto a vedere riconosciuta e promossa la propria autonomia, con la salvaguardia, ove possibile, di tutti gli "spazi di autodeterminazione" al medesimo facenti capo, favorendone libertà di decisione nelle scelte della vita quotidiana.

Efficienza ed efficacia

Nell'erogazione dei servizi l'Ente mira a garantire un ottimale rapporto tra risorse impegnate, attività svolte e risultati ottenuti.

Le politiche complessive dell'Azienda mirano a:

- garantire un'assistenza qualificata all'utente con interventi personalizzati volti a soddisfare i bisogni primari, perseguendo livelli di salute e qualità della vita ottimali;
- definire progetti di intervento personalizzati sulla base di valutazioni multiprofessionali, volti a ripristinare o sviluppare le capacità dell'utente;
- promuovere una migliore e fattiva collaborazione con le realtà locali del terzo settore ed in particolare con la rete dei servizi e le organizzazioni del volontariato. Il metodo di lavoro si basa sull'équipe multidisciplinare.

3. ASSETTO ISTITUZIONALE

In base al proprio statuto (ALLEGATO 1), l'assetto istituzionale della Azienda è costituito dai seguenti organi:

- Il Consiglio di Amministrazione
- Il Presidente
- Il Revisore dei Conti
- L'Organismo di Vigilanza OdV
- Il Direttore/Legale rappresentante

Consiglio di Amministrazione

Il Consiglio di Amministrazione è composto da 5 membri, compreso il Presidente.

I membri del Consiglio di Amministrazione, compreso il Presidente indicato esplicitamente, sono nominati dal Sindaco entro quarantacinque giorni dal suo insediamento, ai sensi di legge e dello statuto comunale, sulla base degli indirizzi stabiliti dal Consiglio Comunale. Gli eleggibili dovranno possedere una specifica competenza tecnica, amministrativa, per funzioni svolte presso aziende pubbliche o private o per studi compiuti o per uffici pubblici ricoperti.

I membri del Consiglio di Amministrazione possono essere, ai sensi di legge, in ogni tempo revocati e sostituiti dal Sindaco. Il Sindaco, d'ufficio o su proposta del C.d.A., ove riscontri sopravvenuta causa di incompatibilità ovvero di decadenza ex art. 7, c. 4, pronuncia la relativa decadenza d'ufficio.

Nei casi di grave irregolarità nella gestione, di esplicito contrasto con gli indirizzi deliberati dagli organi comunali, di documentata inefficienza, di pregiudizio degli interessi dell'Amministrazione Comunale o dell'Azienda medesima ovvero di ingiustificato o reiterato mancato raggiungimento degli obiettivi individuati nei piani - programma, il Sindaco, salvo del caso esercitare l'azione di responsabilità di cui all'art. 12, comma 1, scioglie anticipatamente il Consiglio di Amministrazione dandone motivata comunicazione al Consiglio Comunale.

I membri del Consiglio di Amministrazione durano in carica per un arco di tempo corrispondente a quello di vigenza del mandato del Sindaco che li ha nominati.

Il Consiglio di Amministrazione uscente permane in carica con pienezza dei propri poteri sino all'insediamento del nuovo Consiglio che deve avvenire entro dieci giorni dalla sua nomina.

I membri del Consiglio di Amministrazione che per qualsiasi motivo cessino dalla carica durante il mandato vengono sostituiti con nuovi Consiglieri nominati dal Sindaco ai sensi dell'art. 6. I nuovi nominati rimangono in carica limitatamente al periodo di tempo in cui sarebbero rimasti in carica i loro predecessori. Qualora venisse meno per dimissioni la maggioranza di Consiglieri, l'intero Consiglio decadrà.

I membri del Consiglio di Amministrazione che non intervengano senza giustificato motivo a tre sedute consecutive del Consiglio sono dichiarati decaduti.

Il Consiglio di amministrazione adotta i seguenti atti fondamentali:

- a) il piano - programma annuale, comprendente per il primo anno un contratto di servizio che disciplini i rapporti fra il Comune e l'Azienda e, per gli anni successivi, gli eventuali aggiornamenti dello stesso;
- b) il bilancio economico di previsione annuale e pluriennale;
- c) il bilancio di esercizio composto da stato patrimoniale, conto economico e nota integrativa;
- d) la costituzione di società e la partecipazione ad enti, associazioni, consorzi e società nel rispetto di quanto previsto dall'art. 3;
- e) la disciplina generale delle tariffe per la fruizione dei servizi gestiti ordinariamente ed in via continuativa.

Gli atti di cui al comma 1 sono soggetti all'approvazione del Consiglio Comunale.

Sono di competenza del Consiglio di Amministrazione:

- a) la determinazione dell'indirizzo gestionale ed amministrativo ed il controllo sulla gestione operativa di competenza del Direttore;
- b) l'approvazione dell'articolazione organizzativa dell'Azienda e dei regolamenti ad efficacia interna;
- c) l'assunzione di mutui e l'emissione di prestiti obbligazionari;
- d) la determinazione e la specificazione delle tariffe e dei prezzi per l'erogazione di servizi particolari, temporanei e comunque non compresi fra quelli determinati dal Consiglio Comunale;
- e) l'espressione di un parere sulle proposte di modifica del presente statuto e l'adozione degli altri atti in esso previsti.
- f) l'adesione dell'Azienda ad associazioni nazionali e territoriali di categoria di cui al precedente art. 1, comma 7.

Nei limiti delle proprie attribuzioni, il Consiglio di Amministrazione può affidare specifici incarichi di analisi e proposte su materie rientranti nelle rispettive competenze, al Presidente, a taluno dei suoi membri o al Direttore.

Il Consiglio di Amministrazione si riunisce, di norma, negli uffici dell'Azienda od in altro luogo indicato nella convocazione. Le sedute non sono pubbliche.

Il Consiglio è convocato dal Presidente, di norma una volta al mese. Può riunirsi, per discutere e deliberare su specifici argomenti, anche su richiesta di almeno due Consiglieri, del Revisore dei Conti, del Direttore o del Sindaco. La riunione ha luogo entro quindici giorni dalla richiesta; in caso di inerzia, vi provvede il Sindaco o l'Assessore delegato.

Gli avvisi di convocazione, recanti il luogo, il giorno e l'ora della seduta nonché l'indicazione degli argomenti posti all'ordine del giorno, sono recapitati al domicilio dei Consiglieri, salva diversa indicazione scritta tempestivamente comunicata al Direttore da parte dei singoli interessati, anche a mezzo di personale dell'Azienda, almeno tre giorni prima di quello stabilito per la seduta.

In caso di urgenza il Presidente può decidere di abbreviare i termini a ventiquattro ore e la convocazione può essere svolta anche in via telegrafica, a mezzo fax o tramite posta elettronica.

Oltre che ai Consiglieri, gli avvisi di convocazione, recanti l'ordine del giorno, sono trasmessi al Revisore dei Conti, al Direttore e, per conoscenza, al Sindaco o all'Assessore delegato.

Le sedute sono valide e la trattazione di argomenti non inclusi all'ordine del giorno è ammessa, anche senza l'osservanza delle formalità di cui al precedente comma, solo se sono presenti tutti i Consiglieri ed il Direttore; in tal caso il Presidente dovrà provvedere ad informare il Revisore dei Conti in ordine alle decisioni assunte dal Consiglio.

Il Direttore partecipa alle sedute del Consiglio di Amministrazione con parere consultivo che deve essere verbalizzato. Nel caso il Consiglio deliberi in contrasto con il parere del Direttore, nella delibera devono essere espressamente motivate le ragioni per cui non si è tenuto conto del parere del Direttore.

Il Presidente ed il Consiglio di amministrazione possono invitare persone ad esso estranee per fornire chiarimenti, pareri, comunicazioni e quant'altro ritenuto utile. Al momento del voto tali invitati devono comunque essere allontanati.

Ciascun Consigliere di amministrazione ha diritto di accesso a tutti gli atti e le informazioni utili all'esercizio del proprio mandato.

Presidente

Il Presidente è nominato dal Sindaco.

Durata in carica: ai sensi dello statuto i membri del Consiglio di Amministrazione compreso il Presidente dura in carica per un arco di tempo corrispondente a quello di vigenza del mandato del Sindaco che lo ha nominato, salvo facoltà di revoca anticipata da parte del Sindaco.

Il Presidente possiede la rappresentanza istituzionale dell'Azienda nei rapporti con gli organi comunali e con i terzi, pubblici e privati, coinvolti dall'esercizio delle sue attività e sovrintende agli uffici e ai servizi dell'Azienda riferendone al Sindaco.

Spetta inoltre al Presidente:

- a) convocare e presiedere il Consiglio di Amministrazione;
- b) vigilare sull'esecuzione delle deliberazioni adottate dal Consiglio di Amministrazione, sull'operato del Direttore e, in genere, sull'andamento delle attività dell'Azienda;

- c) riferire periodicamente, e comunque ogni 6 mesi, al Sindaco o all'Assessore delegato sull'andamento della gestione aziendale e sullo stato di attuazione del piano - programma;
- d) adottare sotto la propria responsabilità, in caso di necessità o urgenza, i provvedimenti di competenza del Consiglio di Amministrazione sottoponendoli alla sua ratifica nella prima seduta utile, da tenersi comunque entro trenta giorni;
- e) promuovere, sentito il Sindaco, iniziative volte ad assicurare la piena integrazione delle attività dell'Azienda con le realtà sociali, economiche e culturali della comunità locale;
- f) attuare le opportune iniziative di informazione e di partecipazione della cittadinanza;
- g) firmare gli atti del Consiglio di Amministrazione;
- h) assistere e/o rappresentare il Sindaco o l'Assessore delegato, se richiesto, nella definizione di accordi, conferenze di programma e di servizi, istruttorie pubbliche, sedute del Consiglio comunale e sue Commissioni ed altre similari iniziative aventi per oggetto l'esercizio delle attività affidate all'Azienda;
- i) eseguire gli incarichi affidatigli dal Consiglio di amministrazione.

Il Presidente nomina un membro del C.d.A. suo sostituto quale vicepresidente in caso di assenza od impedimento temporaneo. Ove anche il vicepresidente sia assente od impedito assume le veci di Presidente il Consigliere più anziano.

Il Presidente è coadiuvato dal Direttore nell'esercizio della propria attività di rappresentanza.

Revisore dei conti

Il Revisore dei Conti è nominato dalla Giunta Comunale, scelto fra gli iscritti nel Registro dei Revisori Contabili. Il Revisore contabile presta l'attività di revisione economico - finanziaria ed in particolare:

- a) collabora con il Consiglio di Amministrazione dell'Azienda, con il Sindaco e/o l'Assessore Delegato;
- b) vigila sulla regolarità contabile, finanziaria ed economica della gestione;
- c) provvede con cadenza trimestrale alla verifica ordinaria di cassa.

Il Revisore dei Conti predisponde inoltre relazione sul bilancio di previsione annuale e pluriennale, sulle variazioni del Bilancio di previsione e sul Bilancio di esercizio. Partecipa necessariamente alle sedute del Consiglio di Amministrazione nelle quali sono in discussione gli atti fondamentali adottati dal C.d.A. e previsti dall'art. 8 comma 1 dello Statuto. Può partecipare anche ad altre riunioni del Consiglio di Amministrazione ed esprimere il proprio parere su specifiche questioni. Il Revisore dei Conti resta in carica tre esercizi e può essere rieletto solo una volta.

Organismo di Vigilanza (OdV)

All'OdV sono attribuiti i compiti, le funzioni e i poteri individuati ed assegnati dal Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo dell'Azienda, secondo le modalità previste dal Regolamento dell'Organismo di Vigilanza. Per quanto non previsto dal predetto documento si fa riferimento al Modello dell'Azienda e quindi al D.Lgs. 231/01. È nominato dal Consiglio d'Amministrazione.

L'OdV ha struttura monocratica, si riunisce con periodicità almeno bimestrale, ad ogni riunione viene redatto un apposito verbale che deve essere archiviato come ogni altro documento prodotto per un periodo di 10 anni.

L'OdV pianifica annualmente la propria attività di vigilanza, predisponendo un Piano delle verifiche col dettaglio degli interventi programmati. Il Piano delle attività viene trasmesso al Consiglio d'Amministrazione.

In particolare, all'OdV sono affidati a titolo esemplificativo e non esaustivo, per l'espletamento e l'esercizio delle proprie funzioni, i seguenti compiti:

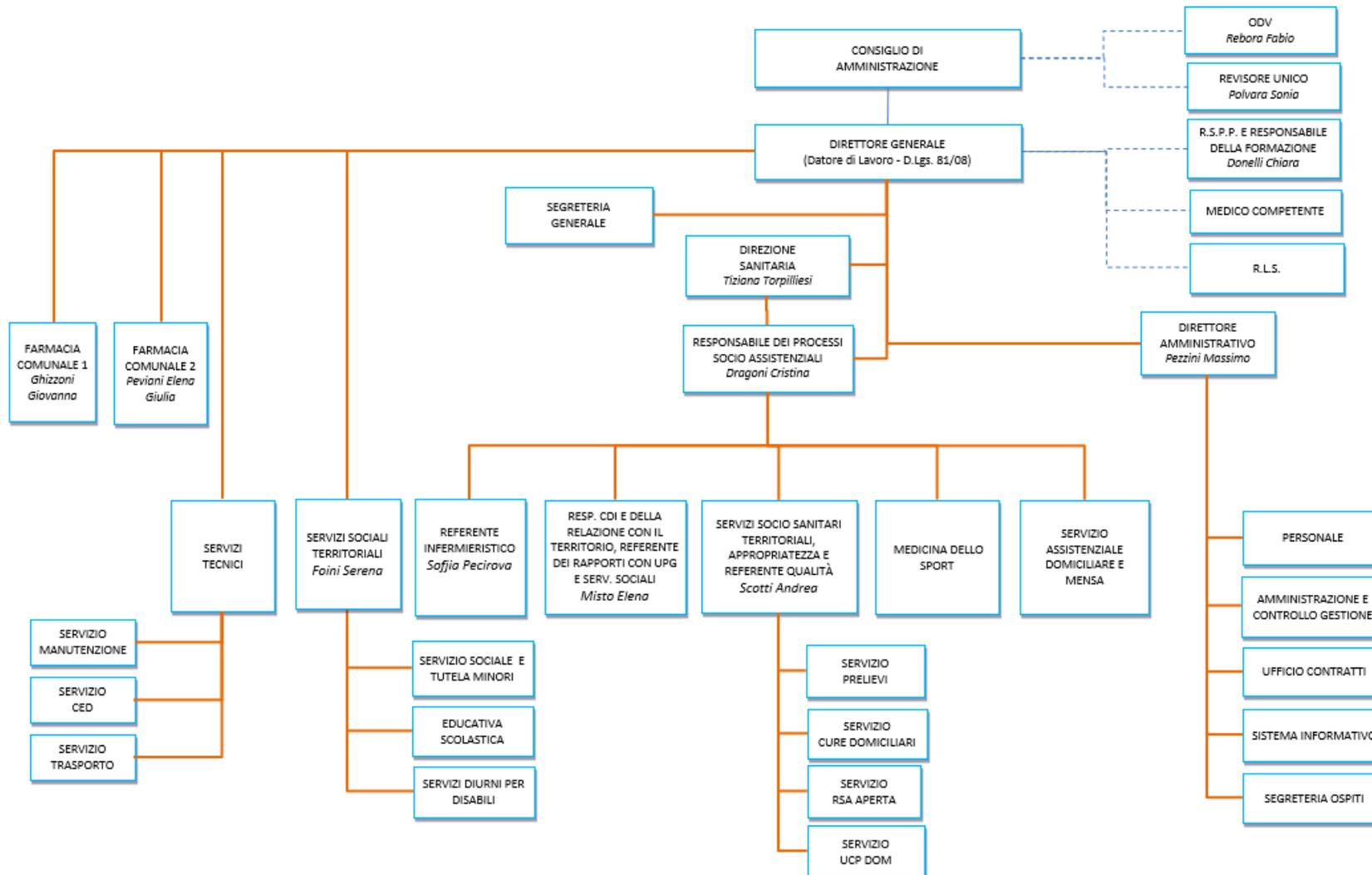
- vigilare sul funzionamento del Modello, sia rispetto alla riduzione del rischio di commissione dei reati richiamati dal D.Lgs. 231/2001, sia con riferimento alla capacità di far emergere eventuali comportamenti illeciti;
- vigilare sulla sussistenza e persistenza nel tempo dei requisiti di efficienza ed efficacia del Modello, anche in termini di rispondenza tra le modalità operative adottate in concreto dai destinatari del Modello stesso e le procedure da esso formalmente previste o richiamate;
- curare, sviluppare e promuovere il costante aggiornamento del Modello, formulando, ove necessario, all'organo dirigente le proposte per eventuali aggiornamenti e adeguamenti da realizzarsi mediante le modifiche e/o le integrazioni che si dovessero rendere necessarie in conseguenza di:
 - significative violazioni delle prescrizioni del Modello
 - significative modificazioni dell'assetto interno dell'Azienda Speciale di Servizi di Casalpusterlengo e/o delle modalità di svolgimento delle attività d'impresa
 - modifiche normative
- assicurare il periodico aggiornamento del sistema di identificazione, mappatura e classificazione delle attività sensibili
- rilevare gli eventuali scostamenti comportamentali che dovessero emergere dall'analisi dei flussi informativi e dalle segnalazioni alle quali sono tenuti i responsabili delle varie funzioni
- segnalare tempestivamente al Consiglio di Amministrazione e al Datore di Lavoro, per gli opportuni provvedimenti disciplinari, le violazioni accertate del Modello che possano comportare l'insorgere di una responsabilità in capo all'Ente
- curare i rapporti e assicurare i flussi informativi di competenza verso il Consiglio di Amministrazione
- promuovere e definire le iniziative per la diffusione della conoscenza e della comprensione del Modello, nonché per la formazione del personale e la sensibilizzazione dello stesso all'osservanza dei principi contenuti nel Modello, con particolare attenzione verso coloro che operano nelle aree di maggior rischio;
- accedere liberamente presso qualsiasi direzione e unità dell'Ente, senza necessità di alcun consenso preventivo nel rispetto della normativa vigente, per richiedere ed acquisire informazioni, documentazione e dati, ritenuti necessari per lo svolgimento dei compiti

previsti dal D.Lgs. 231/2001 da tutto il personale dipendente e dirigente

- predisporre e inviare entro il 31 dicembre di ogni anno all'ATS competente una relazione annuale dell'attività svolta con particolare riferimento al rispetto dei requisiti richiesti in materia di esercizio ed accreditamento, nonché della normativa regionale.

4. ASSETTO ORGANIZZATIVO

4.1 Organigramma aziendale



4.2 Funzionigramma aziendale

Direttore Generale

Il Direttore Generale, che è legale rappresentante dell'Azienda, svolge i seguenti compiti:

- cura l'esecuzione delle deliberazioni adottate dal Consiglio di Amministrazione
- formula proposte al Consiglio di Amministrazione
- sottopone al Consiglio di Amministrazione le proposte di Bilancio previsionale pluriennale ed annuale, di bilancio di esercizio e di piano - programma con il contratto di servizio nonché di determinazione delle tariffe relative ai costi dei servizi e delle prestazioni a carattere straordinario che non siano già state stabilite dal Consiglio Comunale; contestualmente al Piano Programma, propone un sistema di monitoraggio degli obiettivi e degli standard fissati nel Piano medesimo
- dirige l'andamento gestionale dei servizi erogati dall'Azienda
- organizza e dirige il personale dell'Azienda, assegnandolo a specifici compiti ed adotta, nel rispetto della legge e dei contratti collettivi o aziendali, i provvedimenti disciplinari inferiori alla sospensione
- adotta, nel rispetto degli obiettivi e degli standard fissati nel piano-programma, i provvedimenti diretti a migliorare l'efficienza delle attività aziendali e l'efficacia dei servizi erogati
- adotta, ai sensi e nelle forme previste dallo Statuto e dai regolamenti comunali, i provvedimenti dell'Azienda ad efficacia esterna che lo Statuto non attribuisca al Consiglio di Amministrazione o al suo Presidente
- presiede le gare di appalto per l'esecuzione di lavori e la fornitura di beni e servizi e quelle di concorso
- stipula tutti i contratti di cui è parte l'Azienda
- funge da segretario del Consiglio di Amministrazione
- provvede alle spese di gestione dei servizi e di funzionamento degli uffici nonché a quelle in economia
- autorizza le operazioni di incasso e pagamento
- è responsabile delle attività di valutazione e miglioramento della qualità ed in quanto tale è figura preposta al governo dei processi, alla gestione delle risorse, alla definizione in via definitiva dei bisogni formativi e al coordinamento dei tecnici e di tutte le funzioni necessarie ad assicurare, monitorare e migliorare la qualità dei servizi aziendali.

Il Direttore, salva la facoltà di cui all'art. 5 della legge n. 241/90 da esercitarsi nelle forme previste dall'apposito regolamento aziendale, è responsabile di tutti i procedimenti amministrativi di competenza dell'Azienda. Il Direttore risponde innanzi al Consiglio di Amministrazione della propria attività.

Il Direttore Generale è Responsabile del trattamento dati personali ai sensi del Regolamento EU 2016/679 e datore di lavoro (art. 2 D.Lgs. 81/2008) e ha responsabilità in ambito antinfortunistico ed esercita i poteri decisionali e di spesa in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.

Il C.d.A. con propria delibera ha nominato il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (di seguito anche "RPCT") individuandolo nella figura del Direttore Generale.

Direttore Amministrativo

- coordina e sovrintende la gestione dell'amministrazione e contabilità, per tutte le competenze e le attività inerenti alle registrazioni contabili (prima nota, tutte le registrazioni contabili, la movimentazione finanziaria)
- monitora attraverso il controllo di gestione l'andamento gestionale
- monitora lo stato di avanzamento del Bilancio Aziendale, raffrontandolo con le previsioni iniziali ed elaborando periodica reportistica, anche per centri di costo, per l'informativa costante alla Presidenza ed al C.d.A., volta all'approntamento di tutte le strategie gestionali ritenute opportune
- si coordina con gli Studi esterni, con particolare riferimento, per gli aspetti contabili e fiscali inerenti all'Azienda e ai fini dell'elaborazione degli stipendi
- gestisce tutte le attività di programmazione, pianificazione, studio di iniziative ed interventi volti alla promozione, diversificazione, implementazione dei servizi attualmente gestiti da ASSC
- sovrintende l'organizzazione del servizio segreteria ospiti
- provvede alla rendicontazione nei confronti di ATS e ASST
- gestisce gli adempimenti relativi al personale
- può svolgere le funzioni di RUP nelle procedure di evidenza pubblica
- sovrintende tutte le funzioni di segreteria (protocollo, smistamento documento, Urp)
- è altresì responsabile del sistema informativo: coordina, progetta, implementa e supervisiona l'invio e la sicurezza dei flussi informativi aziendali nei confronti degli Enti preposti.

Direttore Sanitario

È responsabile dell'andamento igienico organizzativo in ambito sanitario, a garanzia del sistema delle unità di offerta presenti. Le funzioni di direttore sanitario comprendono a titolo esemplificativo e non esaustivo le seguenti attività:

- direzione e supervisione di tutte le attività sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali delle strutture, coordinandosi con la Direzione Generale e la Responsabile delle professioni sociosanitarie
- coordinamento (gestione turnistica, sostituzioni, reperibilità, ecc.) e formazione (utilizzo programmi S.O.S.I.A. CBA, Cruscotto, Schede RL CDI) dei medici di struttura e referente tecnico per i fisioterapisti nell'ambito dei trattamenti specialistici

- vigilanza sulla validità, aggiornamento ed efficacia dei protocolli assistenziali applicati nelle strutture e sulla loro corretta applicazione coordinandosi con la Direzione Generale, Responsabile delle professioni socio-sanitarie e il Responsabile dell'appropriatezza
- presenza, ove possibile, in tutti i casi di ispezioni effettuate dagli enti preposti
- responsabilità della tenuta e aggiornamento delle schede S.O.S.I.A., Schede RL CDI e dei PI, PAI e FASAS in genere
- supporto tecnico funzionale all'acquisto di articoli o attrezzature sanitarie
- collaborazione con il medico competente nell'individuazione dei rischi e delle misure di prevenzione, nella sorveglianza sanitaria degli operatori, formazione ed informazione del personale sui rischi lavorativi, coordinandosi altresì con la Direzione Generale e il RSPP aziendale
- responsabilità della gestione, conservazione e registrazione farmaci stupefacenti
- responsabilità in merito allo smaltimento dei rifiuti secondo le normative vigenti
- ogni anno, sulla base dei risultati raggiunti dai professionisti e sulla base degli obiettivi per l'anno successivo concorda il piano di formazione coerente con gli obiettivi di sviluppo delle varie UDO, in collaborazione con Direzione Generale, Responsabile delle professioni socio-sanitarie, Referente della formazione e Responsabili di servizio.

Il ruolo inoltre comprende tutte le funzioni attribuite dalla normativa alla figura del direttore sanitario. Le funzioni di direttore sanitario comprendono altresì i compiti ex Dgr 2569 del 31/10/2014 punto 3.2.3. let. b). e segnatamente:

- validare protocolli, procedure ed eventuali linee guida interne alla struttura, in materia sanitaria e verificarne la corretta applicazione
- curare i rapporti con l'ATS e la ASST di riferimento per l'applicazione di iniziative di promozione della prevenzione, dell'educazione alla salute e della tutela socio-sanitaria
- vigilare sugli aspetti igienico - sanitari; sulla corretta compilazione della documentazione socio-sanitaria; sulla corretta conservazione della documentazione socio-sanitaria; sul rispetto della riservatezza dei dati socio-sanitari; sulla corretta conservazione, somministrazione, smaltimento dei farmaci e dei materiali a scadenza; sulla gestione dei rifiuti pericolosi potenzialmente infetti e speciali pericolosi.

Responsabile Servizi Socio-Sanitari Territoriali, Appropriatezza e Referente Qualità

Il Responsabile dei servizi socio-sanitari, Appropriatezza e referente della qualità svolge un ruolo trasversale alle unità d'offerta socio-sanitarie gestite dalla ASSC, assicurando un costante e fluido interscambio tra le diverse articolazioni e funzioni aziendali. Rappresenta uno snodo fondamentale tra la direzione generale, sanitaria e amministrativa per tutti gli aspetti connessi all'appropriatezza delle prestazioni erogate e in tema di rispetto degli standard di accreditamento gestionali.

Svolge a titolo esemplificativo e non esaustivo le seguenti funzioni:

- analisi dei dati e degli eventi sentinella (RAAE)

- si interfaccia con le autorità di vigilanza e lo staff di direzione al fine di rendere evidente la cura e tutti gli indicatori di risultato e di processo inerenti
- è responsabile degli eventi sentinella dell'area sociosanitaria educativa, della loro segnalazione allo staff di direzione e della formulazione di proposte per la riduzione degli stessi
- controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate in linea con l'identità della cura dell'Ente e del rispetto degli standard di accreditamento gestionali
- gestione, in collaborazione con il Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione, gli archivi elettronici dove sono contenuti e pubblicati tutti i protocolli, le procedure e le istruzioni operative aziendali oltre ai documenti generali. Inoltre, garantisce la stesura dei medesimi in collaborazione con i referenti delle varie procedure e la relativa divulgazione e, su indicazione dello staff di direzione, propone i migliori strumenti per veicolare al meglio la cultura aziendale e le relative procedure
- collaborazione con i responsabili di servizio, la Direzione Generale e l'amministrazione nei processi di accreditamento o qualora vi sia l'esigenza di gestire la fase di startup di nuovi servizi
- partecipazione attivamente a tutte le vigilanze delle autorità competenti (es. ATS, NAS ecc.) a carico dei servizi aziendali
- verifica costantemente il mantenimento degli standard di appropriatezza dei servizi accreditati relazionando settimanalmente lo staff di direzione eventuali scostamenti/eventi sentinella
- propone allo staff di direzione interventi volti alla creazione della fluidità operativa tali da ottenere migliori performance lavorative dei servizi sociosanitari
- mantiene l'essenzialità documentale, volta alla miglior cura e assistenza del residente nel rispetto dei requisiti delle norme di legge. Per questa finalità propone allo staff di direzione e se necessario implementa elementi di digitalizzazione ed archiviazione sostitutiva volti a migliorare i processi interni e l'accesso di soggetti terzi in caso di vigilanza
- gestisce, su delega della Direzione Sanitaria, i FASAS, controllandone la completezza, rilasciando copia delle stesse, curandone l'archiviazione e la conservazione, nonché l'appropriatezza dei contenuti alle norme vigenti
- si occupa dei rapporti con l'ATS, in particolare per quanto riguarda la partecipazione, come rappresentante aziendale, ai controlli di appropriatezza e vigilanza; effettua e cura la fase dell'autocontrollo (applicazione della check-list regionale)
- è autorizzato al trattamento dati in tema di privacy.

Le funzioni di Responsabile del servizio in questione si declinano nella gestione dell'area tecnico/operativa e organizzativo/assistenziale attuando tutte le misure ai fini di raggiungere gli obiettivi previsti dai piani sanitari e socioassistenziali per la soddisfazione dei bisogni del paziente,

della famiglia e l'ottimizzazione delle risorse del personale sanitario e socio-assistenziale per dare risposte tempestive alle richieste dell'ATS, ASST.

Nello specifico si riportano qui di seguito i principali compiti attribuiti:

- provvede alla gestione dei processi assistenziali del servizio e organizza le equipe multidisciplinari e tutto il personale afferente all'Udo adottando piani di lavoro nel rispetto delle normative vigenti e delle direttive del medico responsabile
- coordina la fatturazione nei confronti di ATS
- provvede alla rendicontazione delle attività nei tempi e nei modi previsti dall'ATS
- provvede alla elaborazione e alla trasmissione dei flussi
- si interfaccia con utenti e familiari
- in collaborazione con la RPSA recluta e valuta il personale necessario al funzionamento dell'Unità di offerta
- collabora con tutte le figure professionali operanti per l'Udo e correlate ad essa (uffici amministrativi, ufficio tecnico)
- pianifica e gestisce le riunioni degli operatori
- in collaborazione con la RPSA gestisce i conflitti tra gli operatori dell'Udo
- in collaborazione con la RPSA promuove la motivazione del personale al fine di raggiungere le performance operative e formative in riferimento agli obiettivi aziendali
- svolge funzione ispettiva in ordine a tutti i processi che hanno azione diretta o indiretta sull'assistenza con segnalazione di eventuali anomalie di valenza disciplinare riportando alla RPSA
- verifica il contenuto dei FASAS e provvede alla corretta tenuta ed archiviazione degli stessi
- adotta tutte le procedure necessarie affinché il servizio venga erogato con efficienza ed efficacia
- collabora con il RPSA ed il Medico Responsabile
- tiene rapporti con ATS Città Metropolitana e ASST di Lodi
- controlla e verifica la correttezza delle fatture dei professionisti
- concorre alla definizione e partecipa ai piani formativi Aziendali
- collabora alla diffusione dei servizi nel Territorio
- è incaricata al trattamento dati in tema di privacy
- è preposto ai sensi D.Lgs. 81/2008
- è altresì responsabile del servizio UCP DOM, RSA e del Servizio Prelievi

Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP) e della Formazione

- individua tempestivamente i fattori di rischio, li valuta e individua le misure per la sicurezza dei lavoratori ed anche la salubrità degli ambienti di lavoro nel rispetto della normativa vigente e sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale (D.Lgs. 81/2008, art. 33, comma 1, lett. a)

- elabora per quanto di competenza, le misure preventive e protettive di cui all'articolo 28, comma 2, e i sistemi di controllo di tali misure (D.Lgs. 81/2008, art. 33, comma 1, lett. b)
- Elabora le procedure di sicurezza per le varie attività aziendali, le presenta in staff di direzione che definirà le modalità di implementazione (D.Lgs. 81/2008, art. 33, comma 1, lett. c)
- Propone programmi di informazione e formazione dei lavoratori (D.Lgs. 81/2008, art. 33, comma 1, lett. d) e partecipa alle consultazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, nonché alle riunioni periodiche di cui all'articolo 35 del D.Lgs. 81/2008 (D.Lgs. 81/2008, art. 33, comma 1, lett. e)
- Collabora con il Medico Competente per l'organizzazione delle visite mediche per il personale dipendente, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dal Protocollo di Sorveglianza Sanitaria Aziendale, e trasmette gli esiti degli accertamenti alla Direzione Generale e ai Responsabili di Servizio interessati
- In caso di infortunio a rischio biologico collabora con il Medico Competente per la programmazione dei controlli previsti dal protocollo post-esposizione
- Coadiuvata la Direzione Sanitaria e il Responsabile della qualità infermieristica e tecnico operativa nella prevenzione e nel controllo delle infezioni
- In collaborazione con la Direzione e i Responsabili di Servizio, aggiorna costantemente il Piano Formativo Aziendale attraverso:
 - o il monitoraggio delle esigenze formative (inclusi gli aggiornamenti secondo le scadenze previste) inerenti la Sicurezza sul Lavoro (D.Lgs. 81/08, Antincendio, Primo Soccorso, ecc.)
 - o la raccolta di tutte le segnalazioni di bisogni formativi provenienti dalla Direzione e dai Responsabili

Definiti i bisogni formativi, il Referente della Formazione coordina l'organizzazione dei corsi programmati, che possono essere svolti o con il supporto di una Società di Formazione esterna (ricorrendo alla cosiddetta formazione finanziata attraverso i Fondi Interprofessionali) oppure contattando direttamente i docenti o gli enti formativi individuati oppure tramite docenti interni

- svolge attività di controllo sull'operato del servizio di pulizie, in collaborazione con i vari responsabili di servizio
- redige, per quanto di sua competenza, le procedure interne relative le modalità di programmazione, esecuzione e verifica dell'attività di pulizia e sanificazione ambientale e della pulizia e sanificazione degli strumenti
- Svolge attività di controllo su cucina e mensa, collaborando alla progettazione e gestione del programma HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point) nei servizi di ristorazione, alla valutazione dietetica, insieme al Direttore Sanitario, al Capo Cuoco e ad eventuali collaboratori esterni

- Coordina l'organizzazione della valutazione annuale del livello di gradimento dei servizi resi (Customer Satisfaction) da parte di ospiti, utenti, famigliari e personale, provvedendo in seguito all'analisi dei dati raccolti
- È incaricata al trattamento dati in tema di privacy

Responsabile dei processi socioassistenziali

La Responsabile dei processi socioassistenziali opera per assicurare elevati livelli di assistenza ai pazienti che accedono alla struttura concorrendo al perseguimento della mission aziendale.

Le funzioni e le attività di seguito elencate sono svolte di norma secondo gli orientamenti forniti dal Direttore Generale e dal Direttore Sanitario.

Ad essa afferiscono i professionisti sanitari dell'area infermieristica, riabilitativa e socio sanitaria.

Garantisce l'appropriatezza, la qualità, l'efficacia e l'efficienza professionale - operativa delle attività assistenziali, riabilitative e socio sanitarie erogate nell'ambito del percorso di cura del paziente sulla base delle funzioni individuate dalle norme istitutive dei profili professionali, nonché degli specifici codici deontologici.

Garantisce lo sviluppo dei programmi ed il governo dei processi di sviluppo, gestione e valutazione del personale all'interno di una strategia di decentramento organizzativo e di integrazione organizzativa e professionale.

Funzioni e compiti da assolvere

- disciplina delle professioni sanitarie
- vigilanza sugli ordini e sui collegi degli esercenti le professioni sanitarie e segreteria della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie
- responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie
- riconoscimento dei titoli esteri delle professioni sanitarie e rapporti con l'Unione europea in materia di riconoscimento dei titoli e di mobilità dei professionisti sanitari
- organizzazione dei servizi sanitari territoriali, professioni sanitarie, concorsi e stato giuridico del personale, e relativo contenzioso
- disciplina dell'attività libero-professionale all'interno della struttura
- promozione della telemedicina e della digitalizzazione delle attività in raccordo con la Direzione Generale
- rapporti tra la struttura e le Università in materia di personale delle aziende ospedaliere - universitarie e di formazione di base e specialistica dei professionisti sanitari nonché di protocolli d'intesa per le attività assistenziali
- individuazione, in raccordo con la Direzione dei fabbisogni di personale e di professionisti sanitari
- promozione della professionalità attraverso programmi organici di formazione permanente e di aggiornamento
- rapporti con le società medico-scientifiche e loro federazioni

- vigilanza in raccordo con la Direzione Generale e la Direzione Sanitaria sui soggetti coinvolti nei processi assistenziali e della sicurezza delle cure
- individuazione dei profili professionali del personale socio sanitario
- rapporti con le professioni non costituite in ordini e attività non regolamentate

Processi governati

- Programmazione e controllo
- Miglioramento dei livelli di efficienza ed efficacia dei processi assistenziali
- Pianificazione e valutazione del personale
- Sviluppo organizzativo dei processi
- Valutazione e sviluppo qualità
- Accreditamento all'eccellenza e certificazione (ove presente)
- Standardizzazione delle attività assistenziali
- Adozione/promozione di modelli organizzativi/assistenziali
- Gestione delle risorse umane
- Vigilanza e supporto all'RSPP in ambito di tutela della salute e sicurezza sul lavoro
- Accoglimento e inserimento delle risorse umane di competenza
- Gestione delle informazioni sul personale
- Sviluppo professionale e formazione

Ai fini della valutazione e verifica del Responsabile dei Processi Socio Assistenziali in termini generali, rilevano la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali assegnati, concordati preventivamente in sede di discussione di budget, in base alle risorse professionali, tecnologiche e finanziarie messe a disposizione, registrano gli indici di soddisfazione degli utenti e provvedono alla valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse. L'esito positivo della verifica costituisce condizione necessaria per la conferma dell'incarico o per il conferimento di altro incarico di pari rilievo.

Ogni anno, sulla base dei risultati raggiunti dai professionisti e sulla base degli obiettivi per l'anno successivo concorda il piano di formazione coerente con gli obiettivi di sviluppo della RSA, in collaborazione con Direzione Sanitaria, Responsabile del CDI, Referente infermieristico e Referente della formazione.

Valutazione e controllo

- Partecipazione alle iniziative aziendali per il monitoraggio e la verifica dell'efficacia, dell'efficienza e della qualità dell'assistenza infermieristica e dell'attività alberghiera
- Partecipazione alle iniziative aziendali per la valutazione della soddisfazione degli utenti
- Valutazione sistematica del personale infermieristico e di supporto, sia strutturato che neo assunto e/o neo inserito
- Gestione diretta o segnalazione a chi di dovere di problemi comportamentali o disciplinari relativi al personale

- Partecipazione alla valutazione e controllo dei servizi in appalto
- Stesura della relazione annuale sulle attività infermieristiche e alberghiere all'interno dell'UDO

Responsabile del Centro Diurno Integrato e della Relazione con il Territorio nonché di Referente dei rapporti con gli uffici del territorio che si occupano della Protezione Giuridica e di Servizi Sociali

È responsabile del Centro Diurno. Ha la responsabilità di creare processi di presa in carico che siano capaci di generare qualità di vita per gli ospiti del Centro Diurno, qualità di vita per i professionisti della Cura e della Relazione e relazioni trasparenti e autentiche con le famiglie.

- Con cadenza annuale ed entro febbraio di ogni anno presenta allo staff di direzione una relazione sulle problematiche emergenti ed il relativo piano di miglioramento annuale (parte degli obiettivi del documento organizzativo del CDI).
Scrive, in collaborazione con l'equipe del CDI, il piano di miglioramento annuale coinvolgendo tutte le figure del suo settore e ne monitora periodicamente il raggiungimento dei risultati.
- Valuta in collaborazione con il Responsabile dell'Appropriatezza gli eventuali indicatori e gli eventi sentinella relativi ai processi organizzativi nel CDI
- Incontra i familiari delle persone interessate al servizio, attiva il processo di valutazione dell'idoneità e nel rispetto della lista di attesa attiva l'accoglienza dei nuovi ospiti. Mantiene la lista di attesa
- In collaborazione con la responsabile dei processi socio-assistenziali e la referente infermieristica, partecipa alla valutazione del periodo di prova dei nuovi asa oss in servizio presso il centro diurno. Sostiene i nuovi asa oss in servizio presso il centro diurno lungo tutto l'arco del periodo di prova valutandone le soft skills in una continua relazione di coaching per attivare competenze e capacità
- In collaborazione con la responsabile dei processi socio-assistenziali e la referente infermieristica, supervisiona il lavoro degli asa oss in servizio presso il Centro Diurno e organizza l'integrazione con tutte le figure professionali
- Se coinvolta, coadiuva i Pai per gli ospiti del Centro Diurno e si occupa, in collaborazione con il responsabile dell'appropriatezza, del passaggio di informazioni a tutte le figure professionali coinvolte per creare sempre maggiore qualità di vita al residente
- Se coinvolta, coadiuva le figure professionali rispetto all'esecuzione degli obiettivi del Pai.
- Verifica l'adeguatezza del servizio di ristorazione rispetto ai bisogni e desideri degli anziani e ne propone il miglioramento della qualità
- Coordina tutte le riunioni del personale dell'area sociosanitaria educativa definite dalla Direzione come strategiche per il raggiungimento degli obiettivi della qualità della vita dei residenti nel CDI
- Controlla ogni processo per la cura dell'ospite del CDI da parte dei professionisti attivando, in collaborazione con Responsabile dei processi socio-assistenziali e Referente

infermieristico, modalità organizzative funzionali alla creazione della miglior qualità di vita del residente e dei dipendenti

- È il punto di riferimento della famiglia dell'ospite del CDI dal momento della prima accoglienza. Raccoglie la storia di vita dell'ospite e la condivide con i professionisti della Cura e della relazione
- Supporta, la famiglia dell'ospite nelle scelte per la qualità della vita dello stesso presso il proprio domicilio
- È responsabile del team di accoglienza nel CDI dell'ospite e costruisce, insieme a tutte le figure professionali, un'ideale accoglienza
- Coordina ogni intervento per il benessere psicofisico degli ospiti del CDI, partecipa il più possibile alle consegne ascoltando e dando indicazioni ai professionisti per creare sempre maggiore accuratezza nell'osservazione e nella supervisione periodica delle consegne
- In collaborazione con il Responsabile dei processi socio-assistenziali cura la promozione della bellezza terapeutica negli ambienti del CDI, attivando percorsi di consapevolezza di tutto il team, creando la cultura ed il cambiamento alla bellezza, alla gradevolezza degli spazi e degli odori
- Promuove il servizio CDI sul territorio attraverso la collaborazione con il Comune, le Parrocchie, le Associazioni, i Medici di medicina generale, le scuole, gli organi di stampa, l'ATS, l'ASST, ecc.
- Ogni anno, sulla base dei risultati raggiunti dai professionisti e sulla base degli obiettivi per l'anno successivo concorda il piano di formazione coerente con gli obiettivi di sviluppo del Centro Diurno, in collaborazione con Direzione Sanitaria, Responsabile dei processi socio-assistenziali, Referente infermieristica e Referente della formazione
- Coordina il settore animativo - educativo, con gestione del personale, turnistica e organizzazione di eventi e iniziative animativo-educative
- Costruisce relazioni di valore con le scuole, le associazioni, i servizi sociali di base finalizzate a protocolli di collaborazione per la qualità della vita dei residenti
- È il referente dei tirocini scolastici di tutte le professioni attinenti l'area socio-educativa
- È il referente per l'associazione di volontariato che collabora con la struttura
- È incaricata al trattamento dati in tema di privacy
- È preposto ai sensi D.Lgs. 81/2008

Per quanto concerne il servizio di RSA svolge altresì le seguenti funzioni:

- supporto sociale a ospiti e familiari che necessitano
- case management territoriale (funzione di orientamento e informazione ai cittadini) ove richiesto
- può raccogliere i dati e stendere anamnesi sociale e familiare in fase d'accoglienza del nuovo ospite, inserendo i dati nel FASAS elettronico, in assenza delle educatrici-animatrici.

- coordinamento del settore animativo - educativo, gestione del personale e organizzazione del settore
- è referente per l'associazione di volontariato che collabora con la struttura
- tiene i contatti con le realtà territoriali quali scuole, associazioni, servizi sociali, servizi specialistici per l'organizzazione di eventi ed iniziative animative della struttura
- è responsabile dei tirocini scolastici delle professioni attinenti all'area socio - educativa che periodicamente si svolgono in struttura.

Per tutte le UDO della struttura

- Si interfaccia con UPG e servizi sociali in situazioni di pregiudizio che richiedono la nomina di un ADS con possibilità di stesura del ricorso al GT o segnalazione al PM da parte di ASSC. Tali situazioni di pregiudizio sono segnalate per le UDO non di sua competenza dal referente della specifica UDO aziendale.

Referente infermieristico

Le funzioni e le attività di seguito elencate sono svolte di norma secondo gli orientamenti forniti dal Responsabile dei processi socio assistenziali (RPSA).

- Interfaccia a monte il RPSA
- Interfaccia a valle relazione di tipo gerarchico Infermieri, fisioterapisti e personale socio sanitario di supporto e collabora con tutte le UDO mantenendo rapporti funzionali con il RPSA
- Collaborazione con il responsabile medico delle UDO gestite per la definizione degli obiettivi diagnostico-terapeutico-riabilitativi e di comfort alberghiero
- Proposta del fabbisogno di personale infermieristico e di supporto da richiedere per le UDO di competenza
- Pianificazione, con la periodicità stabilita, dell'orario di lavoro e delle assenze programmabili del personale infermieristico e di supporto. Resoconto periodico dell'orario di lavoro e delle assenze
- monitoraggio delle ferie annuali del personale
- Gestione del personale per quanto riguarda cambi di turno ferie e assenze
- Partecipazione alla predisposizione, adozione e revisione, insieme al gruppo, di strumenti per l'organizzazione dell'assistenza infermieristica e alberghiera: procedure, piani di attività ecc.
- Partecipazione alla predisposizione, adozione e revisione di strumenti di lavoro interdisciplinari, per esempio protocolli terapeutici specifici
- Cura del corretto utilizzo nella UDO degli strumenti di lavoro predisposti a livello aziendale
- Gestione del passaggio di informazioni, sia assistenziali che organizzative, tra i membri del gruppo
- È referente per la gestione, della logistica, del tracciamento e del buon funzionamento dei presidi medico sanitari in loco

- Gestione delle scorte
- Cura della conservazione e del miglioramento dei locali e degli arredi
- Svolgimento della funzione di preposto prevista dalla legislazione sulla tutela della salute dei lavoratori, con particolare riferimento alla verifica periodica della sicurezza dell'ambiente
- Partecipazione alle riunioni del personale infermieristico e di supporto e partecipazione alle riunioni interdisciplinari a livello di UDO
- Gestione dei conflitti tra membri del gruppo
- Utilizzo della delega agli infermieri per lo svolgimento di proprie attività gestionali e organizzative
- Promozione della motivazione del personale abbinando opportunamente all'uso dell'autorità formale relazioni interattive con i singoli collaboratori per coinvolgerli nel perseguimento degli obiettivi
- Svolgimento delle attività di referente previste dalla Carta dei servizi, con particolare riferimento all'informazione degli utenti e alla ricezione delle loro osservazioni sulla qualità dell'assistenza ricevuta
- Accoglimento del personale di nuova acquisizione e cura del suo inserimento guidato individuando un tutor
- Concorso alla pianificazione e attuazione di iniziative di formazione permanente e di aggiornamento professionale
- Aggiornamento periodico e secondo le necessità, del personale sulle innovazioni organizzative, assistenziali e tecnologiche
- Concorso all'attività di tirocinio degli studenti infermieri e OSS
- Promozione e/o partecipazione a iniziative di ricerca in campo assistenziale, alberghiero, organizzativo

Medico

Il medico è il professionista della medicina che si occupa della salute umana, prevenendo, diagnosticando e curando le malattie. Egli deve attenersi a norme giuridiche e deontologiche della professione.

Medico CDI e RSA

L'attività del medico può essere in sintesi riassunta nelle seguenti fasi:

- effettuare l'accoglienza del nuovo ospite, attraverso l'anamnesi, la storia clinica, l'impostazione della terapia e condividere eventuale uso di mezzi di protezione se già necessari all'ingresso. Compilare le schede di valutazione CIRS e GBS (il primo giorno), UCLA-NPI, CDR nei giorni successivi (entro la prima settimana). Valutare eventuale capacità/incapacità dell'ospite, e nel caso stendere relazione da inviare all'ufficio di protezione giuridica (UPG)
- diagnosticare disturbi o malattie;

- proporre al medico curante (CDI) o procedere con cure terapeutiche o palliative;
- supervisionare gli ospiti a livello clinico, visitandoli periodicamente e rivalutandone le terapie in corso, nonché programmare gli esami ematici routinari e l'ECG;
- collaborare con tutte le figure professionali sanitarie, tecniche ed assistenziali per la tutela della salute del singolo e della collettività, segnalando malattie infettive, e facendo adottare misure preventive e di contenimento dell'infezione
- Partecipare alle riunioni di reparto settimanali/mensili
- supervisionare tutti i processi assistenziali e sanitari
- partecipare alla tenuta e stesura del FASAS, PI e PAI, compilazione schede C.D.I. Lombardia
- rinnovare le contenzioni in scadenza, aggiornare il famigliare in merito, e tracciare su CBA dell'avvenuta comunicazione
- redigere relazioni cliniche per visite mediche esterne o di aggiornamento su richiesta del giudice tutelare, cooperando con l'assistente sociale
- rispettare procedure e protocolli aziendali
- tenere i contatti con i familiari degli ospiti per quanto concerne l'aspetto clinico
- Coinvolgere il famigliare e/o l'ospite stesso per tutte quelle procedure che necessitano di un consenso informato

Direttore Sanitario/Medico SERVIZI DOMICILIARI

Dirige e coordina per gli aspetti sanitari, collabora con tutte le figure professionali sanitarie tecniche ed assistenziali, supervisiona tutti i processi assistenziale e sanitari, partecipa alla tenuta e stesura del FASAS, PAI/PRI e PEI, partecipa alla stesura e approva procedure e protocolli aziendali.

- Agisce nel processo di valutazione e di miglioramento della qualità
- È responsabile dei requisiti sanitari previsti dalla normativa
- Verifica la qualità degli interventi svolti e della corretta gestione
- È responsabile di:
 - acquisizione, stoccaggio, distribuzione, utilizzo o manutenzione di tutto il materiale sanitario, presidi, attrezzature e apparecchiature;
 - sorveglianza sulla valutazione del personale e sulla documentazione sanitaria da questi redatta
 - gestione del rischio clinico
 - definizione delle modalità di comunicazione e raccordo con i medici di medici di medicina generale, nonché con gli specialisti di riferimento;
- Coordina tutte le figure professionali sanitarie tecniche ed assistenziali
- Supervisiona tutti i processi assistenziale e sanitari
- Partecipa alla stesura di procedure/protocolli aziendali e li sottoscrive

Infermiere

L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

L'infermiere:

- partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività
- identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi
- pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico
- garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche
- agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali
- per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto
- svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.

L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

All'interno di ASSC l'infermiere:

- compila l'anamnesi infermieristica d'ingresso
- partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona
- identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e formula i relativi obiettivi
- pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico
- eroga e garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico - terapeutiche
- agisce individualmente ed in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali per il benessere psicofisico dell'utente
- per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto (ASA/OSS)
- partecipare all'aggiornamento del FASAS
- partecipare all'elaborazione del PAI e deve assicurare che il processo di assistenza, così come determinato dai singoli PI e progetti Assistenza (PAI), venga adottato
- attenersi ai Protocolli, Procedure, istruzioni operative aziendali
- gestire le relazioni con familiari
- contribuire all'educazione sanitaria degli utenti e familiari
- svolgere funzione di coordinamento delle figure socio - assistenziali – sanitarie.

Operatore Socio Sanitario – OSS

Per “socio-sanitario” vengono definite tutte le attività socio - sanitarie atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura (sanitario) e quelle di riabilitazione (sociale). L’OSS svolge quindi la sua attività sia nel settore sociale che in quello sanitario in collaborazione con gli altri operatori professionali, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale.

La normativa regionale che ha istituito la figura dell’OSS (Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001) indica per questo profilo professionale attività che mirano a soddisfare i bisogni primari della persona, diretta corrispondenza con la vita quotidiana per cui le persone possono avere bisogno di aiuto come alimentarsi, vestirsi e spogliarsi, muoversi, ecc. e la cura del loro ambiente di vita.

L’attività dell’Operatore addetto all’assistenza deve essere quella di promuovere l’autonomia del paziente e il suo benessere psicofisico.

L’OSS si occupa di vari aspetti:

Assistenza diretta e aiuto domestico alberghiero:

- assiste il paziente, in particolare non autosufficiente o allettato, nelle attività quotidiane e di igiene quotidiana
- realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico
- in collaborazione all’educatore/animatore può realizzare attività di animazione e socializzazione di singoli e gruppi
- collabora ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psico-fisiche residue, alla rieducazione, riattivazione ed al recupero funzionale
- collabora con il personale sanitario e sociale nell’assistenza all’ospite anche terminale o morente
- aiuta la gestione del paziente nel suo ambito di vita
- verifica la pulizia e l’igiene ambientale
- osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di rischio dell’ospite
- valuta, per quanto di competenza, gli interventi più appropriati da proporre
- collabora con tutte le figure sanitarie e socio - sanitarie per il benessere psico-fisico dell’utente.
- mette in atto relazioni – comunicazioni di aiuto con il paziente e la sua famiglia, per l’integrazione sociale, il mantenimento e il recupero dell’identità personale

Supporto gestionale, organizzativo e formativo:

- utilizza strumenti informativi di uso comune per la registrazione di quanto rilevato durante il servizio
- collabora alla verifica della qualità del servizio
- concorre, rispetto agli operatori dello stesso profilo, alla realizzazione dei tirocini ed alla loro valutazione
- partecipa all’elaborazione e attuazione del PAI ed all’aggiornamento del FASAS

- si relaziona con i familiari degli ospiti per questioni assistenziali o di vita quotidiana
- si attiene ai Protocolli, Procedure, ecc. aziendali

Ausiliario Socio Assistenziale – ASA

Il profilo dell'ausiliario socio-assistenziale – ASA è definito dalla - DGR 24 luglio 2008 – n°8/7693 “Regolamentazione dei percorsi ASA”, quale operatore dell'area sociale.

L'ASA. è una figura professionale che basandosi sulla capacità di relazionarsi correttamente, attua un intervento diretto con l'utente (individuo, nucleo familiare o gruppo di pari) al fine di recuperare quelle risorse necessarie all'acquisto di una propria autonomia in supporto della vita quotidiana, svolge attività indirizzate a mantenere e/o recuperare il benessere psicofisico dell'utente e di ridurre i rischi di isolamento e di emarginazione. L'ASA è un operatore socio - assistenziale che interviene per sostenere la persona nello svolgimento delle attività di vita quotidiana e l'aiuta nell'espletamento delle sue funzioni personali essenziali, sapendosi integrare con altri operatori.

L'ASA è l'operatore che fornisce prestazioni attraverso attività integrate relative a:

- assistenza diretta alla persona
- aiuto nella vita di relazione
- igiene e pulizia personale
- prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione, non infermieristiche e non specialistiche
- comunicazioni delle informazioni relative alle problematiche e richieste sollevate dall'utenza e/o dalle loro famiglie.

Ha inoltre funzioni di supporto gestionale, organizzativo e formativo, quali:

- collaborare alla verifica della qualità del servizio
- partecipare all'elaborazione e attuazione del PAI ed all'aggiornamento del FASAS
- collaborare con tutte le figure sanitarie e socio - sanitarie per il benessere psicofisico dell'utente
- relazionarsi con i familiari degli ospiti per questioni assistenziali o di vita quotidiana
- attenersi ai Protocolli, Procedure, ecc. aziendali.

Fisioterapista

È l'operatore sanitario che si occupa dei problemi motori dei pazienti.

- Durante la prima valutazione:
 - definisce la situazione motoria del paziente:
 - facendo uso di Scale
 - effettuando un esame della motricità
 - collegando la sua valutazione all'anamnesi del paziente
 - stabilisce un programma di riabilitazione personalizzato
- Durante la fase di erogazione delle prestazioni:
 - Esegue i trattamenti pianificati

- o Modula il contenuto dei trattamenti col fine di ottenere la miglior salute del paziente, sia verso la guarigione completa, sia nella gestione della cronicità
- Sempre:
 - o condividendo i propri intenti con gli altri attori di cura ed il paziente
 - o garantendo un proficuo passaggio di informazioni e la definizione sinergica degli obiettivi
 - o coinvolgendo i familiari o amministratori di sostegno dei pazienti ove opportuno e possibile
 - o accedendo ai dati sensibili dei pazienti nel rispetto del consenso al trattamento dei dati
 - o attenendosi alle procedure operative aziendali.

Il fisioterapista è coinvolto specificamente anche in questi processi:

- adozione di protesi ed ausili, con addestramento all'uso e verifica di efficacia
- adozione di presidi antidecubito
- adozione di presidi di facilitazione al movimento
- valutazione dell'idoneità degli indumenti dei pazienti affinché non costituiscano impaccio motorio o aumentino il rischio di caduta (es. scarpe, ciabatte)
- Informazione ai familiari per le forniture ATS degli ausili
- collaborazione con il tecnico ortopedico durante l'individuazione ed il collaudo di ausili e ortesi
- amministrazione dell'archivio degli ausili al cammino, delle carrozzine e dei presidi antidecubito
- compilazione del diario riabilitativo in fase di ingresso e periodicamente
- compilazione del Piano Assistenziale Individualizzato.

Animatore/Educatore in RSA e CDI

L'animatore/educatore pianifica e realizza attività ricreative, artistiche, motorie, occupazionali, di socializzazione e di stimolazione cognitiva e sensoriale per gli ospiti, garantendo loro vicinanza relazionale ed emotiva.

In particolare:

- effettua raccolta e stesura anamnesi sociale e familiare d'ingresso in RSA; lo può fare anche al CDI in sostituzione dell'assistente sociale
- stende progetti che pianificano le attività di stimolazione cognitiva e psico - sensoriale, ludica, ricreativa, di socializzazione
- individua le migliori attività di stimolazione cognitiva e psico - sensoriale, ludica, ricreativa, di socializzazione possibili da svolgere in gruppo o con il singolo ospite

- sulla base delle informazioni raccolte nell'anamnesi sociale, degli interessi del singolo ospite, delle sue abitudini, dei suoi desideri ed in relazione al grado di compromissione cognitiva, identifica le attività e i progetti da proporre all'ospite stesso
- compila la voce dell'anamnesi sociale relativa all'inserimento dell'ospite nel servizio dopo qualche giorno dall'ingresso
- presta attenzione e supporta l'ospite, i suoi familiari e il suo contesto relazionale nell'arco della permanenza presso il servizio, con peculiare riguardo alla prima fase dell'inserimento, garantendo un particolare supporto all'ospite e ai suoi familiari in questa fase tanto delicata e portando in equipe eventuali problematiche e necessità specifiche del singolo ospite
- partecipa alla stesura del PI e del PAI e all'aggiornamento del FASAS per quanto di sua competenza
- somministra la scala di valutazione del livello cognitivo MMSE
- cura la programmazione delle attività educative e di animazione e la modifica ad ogni variazione
- si occupa dell'allestimento degli spazi e del reperimento del materiale necessario allo svolgimento delle attività
- promuove la bellezza terapeutica degli ambienti
- si occupa di comunicare la programmazione delle attività educative e di animazione a ospiti, familiari e operatori tutti
- organizza, programma e realizza direttamente, anche con il supporto di altre figure professionali e/o dei volontari, attività di scambio e uscita sul territorio quali gite, spettacoli, iniziative legate ad eventi particolari o stagionali, garantendo quindi sia l'uscita dell'ospite (ove possibile) dal servizio, sia l'entrata del territorio e delle sue realtà nel servizio stesso.

Dietista

Effettua la valutazione dell'aspetto nutrizionale idrico con impostazione di diete o indicazioni dietetiche al fine di correggere stati di malnutrizione o disequilibri metabolici. Partecipa all'elaborazione e attuazione del PAI, PRI, PEI ed all'aggiornamento del FASAS. Collabora con tutte le figure sanitarie e sociosanitarie per il benessere psicofisico dell'utente e si attiene ai protocolli, procedure, ecc. aziendali.

Fisiatra

Specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa con competenze specifiche in ambito neuromuscolare, osteoarticolare, biomeccanico - ergonomico. Partecipa all'elaborazione e attuazione del PAI, PRI, PEI ed all'aggiornamento del FASAS. Collabora con tutte le figure sanitarie e sociosanitarie per il benessere psicofisico dell'utente e si attiene ai protocolli, procedure, ecc. aziendali.

Lavoro in Equipe

Il lavoro in equipe è la somma dei lavori individuali, organizzati per completarsi al fine di raggiungere obiettivi comuni. Ciò determina che l'effetto concreto sia qualitativamente superiore alla somma delle parti.

La sinergia del lavoro dei diversi operatori si concretizza sia nella programmazione, sia nella realizzazione delle attività.

In particolare, circa la programmazione, si sottolinea l'importanza della produzione del Piano Assistenziale Individualizzato per ogni paziente, nonché la partecipazione ai momenti di incontro che sono, come minimo, le riunioni regolari per reparto e quelle per professione o Unità di Offerta.

5. RAPPORTI CON I VOLONTARI

La ASSC, nella convinzione che agire in una logica di rete deve costituire presupposto programmatico e metodo di lavoro che, partendo dal coinvolgimento di tutte le componenti della società civile, abbia lo scopo di creare un valore aggiunto, determinante per la stessa efficacia delle azioni progettuali ma soprattutto per una maggior qualità che è l'aspetto essenziale di qualsiasi intervento, collabora attivamente con il mondo del volontariato. La ASSC si avvale della collaborazione dei volontari in conformità con lo spirito di assistenza agli utenti e di impegno sociale.

In particolare, la collaborazione si realizza con:

- Associazione Amici della Casa di Riposo e del Centro Diurno, associazione di volontari che svolgono principalmente attività di supporto a favore degli utenti inseriti nelle strutture o che fruiscono dei servizi gestiti dalla ASSC.
- ACAV - Associazione Culturale per le Arti Visive, con la finalità di creare lavori artistici insieme agli ospiti dei servizi di ASSC, utilizzando diverse tecniche pittoriche e creative.

I rapporti con le Associazioni sono regolati da apposite convenzioni.

In base agli accordi fra A.S.S.C. e la singola Associazione vengono definiti periodi, giorni di presenza e orari. Esiste un referente della ASSC per i rapporti con le Associazioni.

I volontari sono tenuti a coordinarsi con gli operatori della Azienda, attenendosi a tutti i regolamenti e alle disposizioni stabilite dalla stessa.

Le Associazioni sono libere di accogliere la domanda di adesione da parte di qualsiasi soggetto ritengano opportuno, ma l'impiego dei volontari all'interno dei servizi dell'Azienda è legato ad una valutazione da parte di ASSC. Ove il volontario risultasse non idoneo a svolgere la propria attività all'interno dell'Azienda, la stessa viene interrotta, previa comunicazione formale all'Associazione.

Le Associazioni sono tenute a garantire attività di tutoring, affiancamento e supervisione ai loro neo-volontari da parte di volontari più "anziani", in collaborazione con gli operatori aziendali.

Le convenzioni regolano anche gli aspetti assicurativi e prevedono la possibilità di organizzare momenti di formazione specifica per i volontari.

Si specifica che durante situazioni di crisi sanitaria, l'attività dei volontari all'interno della ASSC può essere sospesa o attivata con limiti e regole specifici allineati con le normative vigenti.

6. SPERIMENTAZIONE, RICERCA, PROGETTAZIONE E INNOVAZIONE

L'Azienda, ispirata da sempre da concetti fondamentali quali, innovazione, ricerca, progettazione, sperimentazione, e attenta ai bisogni delle famiglie e del territorio, organizza e propone servizi o progetti appositamente studiati e calibrati in funzione delle caratteristiche uniche di ogni individuo e della famiglia di cui lo stesso fa parte.

Alla base di questa filosofia vi sono i principi cardine sui quali poggia un modo di concepire e attuare il "prendersi cura" delle persone anziane e delle famiglie, le cui parole chiave sono **personalizzazione** e **differenziazione**.

Oggetto della personalizzazione e della differenziazione sono i percorsi strutturati e i progetti elaborati per i destinatari degli interventi che pongono alla Azienda richieste sempre più precise ma con sfumature diverse.

Cogliere l'intensità di queste sfumature è parte fondamentale del lavoro degli operatori che dall'ascolto, dall'illustrazione di un bisogno, passano alla progettazione, alla successiva sperimentazione, alla verifica dei risultati, alla valutazione degli esiti, alla messa a regime di un'iniziativa che ha convinto, alla riprogettazione di ciò che non è andato come si avrebbe voluto. Per tutti e per ognuno vengono e verranno elaborati dei programmi "tailor made" (fatti su misura) idonei a sviluppare le capacità di ciascuno nel pieno rispetto di potenzialità e limiti individuali.

Nella progettazione personalizzata si tenderà a rendere più flessibili e differenziati i percorsi di ciascuno verificando caso per caso il tipo di articolazione da dare alle stesse modalità di presa in carico.

Presa in carico che si estende anche alla famiglia ma in modo inedito considerandola un sistema all'interno del quale si pongono dei problemi, avvengono degli eventi che possono coinvolgere uno o più componenti, e quindi pensare alla famiglia anche in rapporto alle sue esigenze di riprogettazione, di ricostruzione di senso in relazione ad eventi e problemi.

Assumere la famiglia nella comprensione dei problemi e nel sostegno a percorsi di evoluzione, non vederla solo come un collaboratore naturale a cui assegnare dei compiti, da cui aspettarsi delle cose, vuol dire allora riconoscerla come un soggetto con cui interagire, con delle domande, con la quale cercare di vedere delle possibilità da costruire o da ricostruire.

Appare, pertanto, evidente l'opportunità di programmare, sperimentare, consolidare e monitorare modelli di intervento caratterizzati da multidimensionalità e flessibilità, tali da fornire una risposta efficace perché differenziata e calibrata rispetto ad un bisogno estremamente variabile.

Oggi la sfida è quella di riuscire a costruire un progetto condiviso tra famiglia e servizi, capace di leggere la condizione unica e originale di ciascuna persona anziana, valorizzando le sue abilità e competenze, costruendo una partnership reale tra famiglia e risorse esterne (servizi pubblici, associazionismo, privato - sociale).

Partendo quindi dal riconoscimento della centralità della famiglia nell'azione di cura delle persone anziane e considerando fondamentale il suo ruolo nel favorire, in stretta collaborazione con tutti gli attori, i processi di autonomia e di integrazione sociale delle persone anziane, la Azienda propone agli utenti e alle famiglie e più in generale al territorio una serie di interventi in grado di rispondere al meglio ai bisogni e alle esigenze di ciascuno.

7. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Al fine di garantire la continuità assistenziale ASSC assicura, in caso di trasferimento o dimissione dalle proprie unità di offerta, che il medico di struttura predisponga apposita lettera di dimissione, contenente una diagnosi aggiornata in ordine alle condizioni di salute del soggetto, prescrizione e dosaggio dei farmaci e una sintetica descrizione del percorso clinico assistenziale relativo all'ospite, garantendo in tal modo la messa a disposizione di tutte le informazioni inerenti il percorso dell'utente inserito nella propria struttura.

Vengono inoltre fornite all'ospite e ai suoi familiari, indicazioni circa la rete dei servizi territoriali e alle diverse opportunità assistenziali da attivare presenti sul territorio.

Infine, si precisa che in relazione alla tipologia e alla complessità assistenziale dell'utenza trattata nei diversi regimi assistenziali presenti in azienda (residenziale, semiresidenziale, domiciliare), in caso di urgenze o eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici) l'Azienda garantirà la continuità dell'assistenza secondo le modalità stabilite nella procedura aziendale.

8. COINVOLGIMENTO DEL TERRITORIO

Anche per l'anno 2024 l'Azienda proseguirà nell'attività di informazione ai cittadini sui servizi domiciliari e residenziali erogati. Le iniziative previste prevederanno la divulgazione di nuovo materiale informativo.

9. EDUCAZIONE ALLA SALUTE E PROMOZIONE DEL BENESSERE

Nel corso del 2024, ASSC intende collaborare con gli enti del terzo settore del territorio nell'organizzazione di eventi dedicati agli operatori di settore in ambito di educazione alla salute e promozione del benessere.

Si mantiene inoltre in aggiornamento costante il sito internet aziendale.

10. SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE E DEI CAREGIVERS

L'A.S.S.C. è da anni sensibile al tema del sostegno ai familiari che provano l'esperienza dell'ingresso di un loro caro in R.S.A. o vivono la quotidianità della cura di un paziente affetto da demenza.

Per questo motivo per il 2024 si valuterà la costruzione di progetti di supporto psicologico per Ospiti, Familiari e Operatori, cercando di prevedere un percorso integrato tra progetto psicologico e progetto formativo aziendale.

11. SETTORE EDUCATIVO – ANIMATIVO – DI SOCIALIZZAZIONE

Questo capitolo è riferito ai servizi RSA e CDI. A causa della possibile variabilità in corso d'anno è collocato nell' ALLEGATO 2 a cui si fa espresso rimando.

12. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ ORGANIZZATIVA E ASSISTENZIALE NEL RISPETTO DEI PRINCIPI DI UMANIZZAZIONE

L'ASSC ha ben presente che l'ambito dei servizi alla persona deve essere un luogo di continua crescita, miglioramento e umanizzazione. La gestione di servizi sociosanitari come R.S.A., C.D.I. ed i servizi sociosanitari territoriali, è senza dubbio molto complessa e contiene aspetti diversificati se non, alle volte, in contrapposizione fra loro; tuttavia, è necessario non perdere mai di vista la mission generale e la finalità ultima che è quella di garantire dei servizi fondati sul valore della persona e sulla qualità degli interventi.

Anche per l'anno 2024 l'intenzione è di continuare ad investire con fiducia nella formazione e nella supervisione, quali strumenti di lavoro per la gestione delle demenze, la qualità delle relazioni e della comunicazione, per affrontare con tenacia lo stress da lavoro correlato e il lavoro di equipe, temi inevitabilmente molto presenti in servizi come i nostri. I corsi saranno rivolti al personale dei servizi RSA, CDI, Cure Domiciliari e UCP-DOM, personale degli uffici, servizi territoriali (spesso con crediti ECM per le figure sanitarie e della formazione continua degli assistenti sociali), con caratteristiche diverse da un corso all'altro; nello specifico per i servizi RSA e CDI, tra i principali obiettivi formativi vi è quello di creare un'identità della cura all'interno dell'organizzazione, presupponendo di basarla su concetti di umanizzazione e personalizzazione.

Oltre ai corsi professionali ogni anno, se necessari, vengono svolti corsi obbligatori di primo soccorso, 81/08, antincendio, HACCP, BLS.

13. GESTIONE E RECLUTAMENTO RISORSE UMANE

La ricerca e il reclutamento del personale dipendente di ASSC avvengono sulla base di procedure di selezione pubblica che possono prevedere l'espletamento di prove, scritte, pratiche e orali. La ricerca e il reclutamento possono inoltre avvenire sulla base di procedure di selezione pubblica che possono prevedere l'analisi dei curricula professionali presentati dai candidati e di colloqui individuali. La ricerca e il reclutamento del personale in libera professione avvengono sulla base di avvisi pubblici finalizzati alla formazione di un elenco di professionisti al quale attingere per il conferimento di incarichi libero professionali. Negli avvisi e nei bandi pubblici vengono definiti i requisiti di selezione: titoli di studio, eventuale iscrizione ad albi professionali, esperienza lavorativa, formazione e aggiornamento. La selezione viene svolta da apposita Commissione di valutazione presieduta dal Direttore Aziendale. In tutte le procedure di selezione per il reclutamento del personale, sia con contratto di lavoro subordinato che in libera professione, oltre agli specifici criteri di valutazione definiti per ciascun profilo professionale, è previsto l'accertamento della conoscenza della lingua italiana. L'accertamento viene svolto facendo leggere un testo e

svolgendo un compito scritto di comprensione. Nello specifico l'esercizio può variare a seconda della competenza tecnica del candidato. L'inserimento di nuovo personale avviene sulla base delle procedure aziendali. Per quanto riguarda la libera professione l'ASSC predilige la stipula di contratti di durata annuale. Una volta all'anno viene svolta la valutazione dell'operatore. Valutazione fatta in équipe identificata e poi condivisa con l'operatore stesso al fine di mantenere un dialogo costruttivo e di crescita professionale e personale tra Ente e lavoratore. Il C.d.A. dell'Azienda ha approvato in data 17.12.2020 l'aggiornamento dell'apposito "Regolamento per la selezione e la gestione delle risorse umane dell'Azienda Speciale di Servizi di Casalpusterlengo" (Allegato 3).

Contenimento del *turn over*

Per quanto riguarda il contenimento del *turn over* la strategia aziendale è quella di prevedere in via preferenziale assunzioni di tipo subordinato che garantiscono una miglior qualità del servizio nel suo complesso e una continuità di cura. Altri elementi significativi per contenere il *turn over* sono l'aggiornamento e la formazione professionale garantita costantemente agli operatori e più in generale l'attenzione e la sensibilità riservata dalla ASSC alle risorse umane considerate fattore fondamentale della propria organizzazione. Nel caso di assenze prolungate (malattia e maternità) le sostituzioni avvengono con contratto a tempo determinato o attraverso agenzie di lavoro interinale. Inoltre, la dotazione organica delle unità d'offerta, superiore agli standard gestionali previsti dalla normativa regionale, consente di coprire il fabbisogno quotidiano derivante dalle assenze per ferie, malattie, permessi e dagli altri istituti previsti dalla contrattazione.

Dotazione organica

La dotazione organica delle unità d'offerta gestite dalla Azienda assicura uno standard gestionale superiore a quello definito dalle delibere della giunta regionale che ne fissano i requisiti di accreditamento. Si riportano nella sottostante tabella le Dgr di riferimento.

| Unità d'offerta sociosanitarie | Normativa regionale di riferimento |
|---------------------------------------|---|
| Centro Diurno Integrato | Dgr n. 8494 del 22.03.2002 e s.m.i. |
| Residenza Sanitaria Assistenziale | Dgr n. 7435 del 14.12.2001 e s.m.i. |
| Cure Domiciliari | Dgr n. 6867 del 02.08.2022 e s.m.i. |
| Ucp Dom | Dgr n. 3584 del 06.06.2012 e s.m.i. |

La ASSC adotta un sistema automatico per la rilevazione delle presenze del personale in servizio. Tutti gli operatori sono identificabili tramite cartellino di riconoscimento. All'entrata di ogni singolo nucleo di RSA e CDI, oltre ad un cartello con l'indicazione del colore della divisa di ciascun profilo professionale, sono indicati i responsabili del servizio.

Reperibilità

La ASSC al fine di assicurare agli utenti inseriti nella propria unità d'offerta residenziale l'assistenza medico generica prefestiva, festiva e notturna ha stipulato apposita convenzione con un soggetto

individuato insieme alle RSA del territorio della Provincia di Lodi in forza della quale può avvalersi dei medici appartenenti al Servizio di Continuità Assistenziale. Nelle fasce orarie in cui il servizio non è attivo ed il medico ASSC non è presente in struttura è attiva la reperibilità telefonica garantendo l'arrivo in azienda entro 30 minuti dalla chiamata. Nella turnazione esposta al pubblico vi è evidenza di come contattare il medico reperibile.

Tirocini professionali e borse lavoro

La ASSC ritiene fondamentale il rapporto con gli Istituti di formazione con i quali vengono attivate apposite convenzioni per lo svolgimento di tirocini professionali.

La procedura per l'attivazione dei tirocini è la seguente:

- le scuole o i singoli soggetti prendono contatto con il nostro ente per richiedere la disponibilità ad accogliere in stage/tirocinio curriculare;
- dopo aver verificato con i Responsabili la possibilità di avere in struttura per un certo periodo persone in stage/tirocinio, si dà formale comunicazione alla scuola ufficio tirocini e/o tutor scolastico;
- viene individuato un tutor aziendale;
- si conviene e si stipula una convenzione tra la scuola ed il nostro ente che dovrà essere sottoscritta dal soggetto promotore e dal soggetto ospitante;
- la scuola predispone un progetto formativo e di orientamento che dovrà essere condiviso con il tirocinante e sottoscritto dal soggetto promotore e dal soggetto ospitante.

Il tirocinante viene accompagnato e affiancato dal tutor che monitora l'andamento del progetto e il raggiungimento degli obiettivi.

Modello organizzativo

L'Azienda, nel rispetto del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, ha adottato un proprio Modello Organizzativo.

Riunioni organizzative

L'Azienda organizza incontri con il personale che presta servizio sulle singole UDO. Gli incontri sono finalizzati alla verifica delle modalità operative poste in essere per il raggiungimento degli obiettivi previsti, verifica dell'andamento e della valutazione dei risultati raggiunti. Durante le riunioni si dispongono anche le linee di azione generale che riguardano l'organizzazione del lavoro e quelle da adottare nel rapporto con gli utenti che devono essere collettive a tutti gli operatori affinché si sviluppi una linea di condotta operativa comune e il più possibile coerente che, se non adottata, creerebbe discontinuità e disorientamento negli interventi previsti nei PI e PAI. Durante le suddette riunioni vengono divulgate le risultanze delle rilevazioni Customer al fine di condividere le criticità emerse nonché raccogliere suggerimenti per le azioni da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi futuri. Inoltre, l'Azienda organizza incontri per la diffusione delle procedure e dei protocolli.

Protocolli, procedure ed istruzioni operative

Nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente l'Azienda ha adottato i documenti indicati a cui tutti gli operatori devono attenersi. Essi vengono consegnati al momento della sottoscrizione del rapporto di lavoro, sono pubblicati e consultabili in apposita sezione on line del sito di ASSC e vengono costantemente aggiornati e divulgati ogni qual volta si renda necessario.

14. OBIETTIVI TRASVERSALI ALLE UDO - DEFINIZIONE OBIETTIVI 2024

OBIETTIVO 1 – PROGETTO APPROPRIATEZZA 100%

INTERVENTO: è necessario procedere con verifiche di autocontrollo sui fascicoli sanitari su tutte le unità di offerta almeno annualmente.

INDICATORE: effettuazione autocontrollo sui fascicoli di tutte le unità di offerta annualmente.

OBIETTIVO 2 – DEMATERIALIZZAZIONE FASCICOLI SANITARI

INTERVENTO: La complessità dei processi sanitari è in aumento, specialmente nell'era post Covid. La dematerializzazione garantisce migliori cicli di vita di tutti i documenti che afferiscono ai Fascicoli e ne consente un miglior monitoraggio. Prosegue la dematerializzazione dei FASAS di RSA e CDI che ha raggiunto il 50%.

INDICATORE: Dematerializzazione FASAS RSA e CDI > 70%

OBIETTIVO 3 – MIGLIORAMENTO SERVIZIO DI REFEZIONE AGLI OSPITI

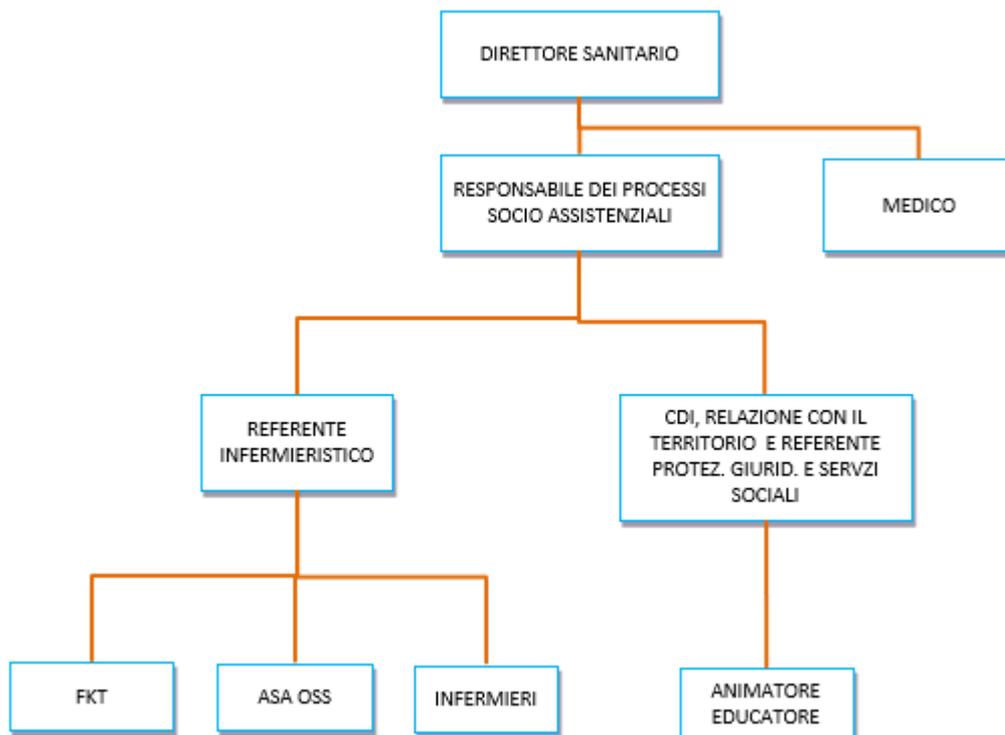
INTERVENTO: La recente customer ha rivelato alcune criticità relative al livello di soddisfazione del servizio di ristorazione da parte degli ospiti e degli operatori. L'obiettivo che ci si pone è quello di affidare il nuovo appalto con un capitolato che permetta di migliorarne la qualità.

INDICATORE: Aggiudicazione entro il 31.12.2024

R.S.A. VITTADINI TERZAGHI

1. ASSETTO ORGANIZZATIVO R.S.A.

1.1 Organigramma



1.2 Funzionigramma

Di seguito si elencano le diverse figure operanti nel servizio. Per la descrizione delle funzioni delle seguenti figure professionali si fa rinvio al documento organizzativo - parte generale:

- Direttore Sanitario
- Responsabile dei Processi socio assistenziali
- Responsabile del CDI e referente dei rapporti con gli uffici sul territorio per la protezione giuridica e i servizi sociali
- Referente infermieristico
- Medico
- Infermiere
- Operatore Socio Sanitario – OSS
- Ausiliario Socio Assistenziale – ASA
- Fisioterapista
- Animatore – educatore

1.3 Modalità di erogazione del servizio

Si prevede il monte ore settimanale come da schema sottostante.

Si rimanda ai piani di lavoro, datati e firmati dai vari responsabili di servizio, ed alle programmazioni circa l'articolazione precisa delle attività svolte.

Per fisioterapista, educatore, asa-oss, infermiere, le ore indicate sono il massimo erogabile. L'effettiva erogazione può subire variazioni se pur sempre nel rispetto dello standard minimo regionale.

| FIGURA PROFESSIONALE | Ore erogate alla settimana |
|---|---|
| INFERMIERI | 266-224 |
| FISIOTERAPISTI | 58 |
| ANIMATORE - EDUCATORE | 87 |
| ASA - OSS PER 2 NUCLEI A GESTIONE DIRETTA (ALZHEIMER - ROSA SOLVENTI) | 560 |
| ASA - OSS PER 2 NUCLEI IN OUTSOURCING | 560 |
| LAVANDERIA | 71 |
| MEDICO DI REPARTO (incluso Direttore Sanitario) | 76 |
| DIREZIONE SANITARIA (RSA + CDI + Servizi Domiciliari) | 20 |
| ASSISTENTE SOCIALE | 11 |
| DIETISTA | 6 /mese; Interventi pianificati mese per mese |

2. OBIETTIVI DELL'UNITÀ D'OFFERTA, SERVIZI EROGATI E POPOLAZIONE POTENZIALMENTE INTERESSATA

La Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani "Angelica Vittadini Terzaghi" trae origine dalla fusione:

- del "Ricovero di mendicizia" fondato per disposizione di ultime volontà dell'Ing. Luigi dr. Cesaris fu Giovanni;
- dell'Ospizio Rovida Maria Giuditta ved. Dragoni;
- del Ricovero "Angelica Vittadini Terzaghi" fondato dal Cav. Uff. Giovanni Vittadini per onorare la memoria della Madre signora Angelica Vittadini Terzaghi.

I predetti istituti con R.D. 31 agosto 1933 furono rispettivamente eretti in Ente morale e vennero fusi in un unico Ente con la denominazione di Ricovero "Angelica Vittadini Terzaghi".

La RSA è stata trasferita al Comune di Casalpusterlengo con Decreto Presidente Regione Lombardia N. 14/84/ASS. del 10 gennaio 1984 (ex art. 4 - primo comma - L.R. 28/12/81 n. 72).

Dal 31.12.2004 la RSA è stata conferita dal Comune all'Azienda Speciale di Servizi (A.S.S.C.) che ne è tuttora Ente Gestore.

Dall'anno 2009 si trasferisce dalla storica sede di Piazza Cappuccini 4 a Casalpuusterlengo al nuovo complesso di Via Fleming, realizzato nel rispetto della normativa regionale di riferimento (D.G.R. 7435/2001).

2.1 Mission/Obiettivi

La R.S.A. "Angelica Vittadini Terzaghi" è un Servizio Sanitario Assistenziale che si propone di garantire un'elevata qualità di vita per gli anziani Ospiti mediante:

- cura della salute psico - fisica dell'anziano e delle sue relazioni socio - affettive;
- sviluppo delle capacità funzionali residue mediante prestazioni socio - sanitarie qualificate e stimolazioni motorie, affettive, intellettive, espressive e sensoriali;
- approccio globale alla persona con interventi mirati;
- ricorso al ricovero in struttura, quando non siano possibili interventi alternativi.

2.2 Popolazione interessata

La R.S.A. "Angelica Vittadini Terzaghi" è un Servizio Sanitario Assistenziale che accoglie 80 anziani NON AUTOSUFFICIENTI in regime di accreditamento; nello specifico i posti sono così distribuiti:

- 20 Alzheimer
- 42 accreditati e contrattualizzati
- 18 accreditati e non contrattualizzati

La presa in carico della persona in lista d'attesa è sempre subordinata a una valutazione clinica da parte della direzione sanitaria come riportato nella procedura aziendale.

I requisiti d'accesso alla Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) sono:

- persone non autosufficienti di età superiore ai 65 anni;
- assenza di patologie psichiatriche in fase attiva.

I requisiti d'accesso al Nucleo Alzheimer sono:

- persone non autosufficienti di età superiore ai 65 anni;
- diagnosi di demenza;
- deficit cognitivo moderato o severo (MMSE \leq 14/30);
- presenza di disturbi del comportamento: agitazione, aggressività, affaccendamento, allucinazioni, deliri, ecc. (valutazione UCLA - NPI).

Eccezionalmente in RSA possono essere accolte persone che, pur non avendo ancora raggiunto il limite di età prescritto, presentino bisogni assistenziali e sanitari tali da ritenerli idonei per tali unità d'offerta e dopo confronto ed autorizzazione dell'ATS.

2.3 Servizi erogati

Presso la R.S.A. operano:

- FIGURE SANITARIE, quali il Direttore Sanitario, i Medici, Medici Specialistici, il Responsabile del servizio, gli Infermieri e i Fisioterapisti, Dietista, Psicologa, ecc. Le prestazioni erogate attengono ai relativi profili professionali, con particolare attenzione alle attività sanitarie

preventive, curative e riabilitative, alle diagnosi, alle terapie, alla verifica circa la correttezza dell'igiene ambientale ed alla supervisione del personale di reparto.

- FIGURE SOCIALI E SOCIO SANITARIE, quali il Coordinatore Sociale (Assistente Sociale), l'Animatore Sociale, l'Educatore, gli Operatori Socio Sanitari e gli Ausiliari Socio Assistenziali. Le prestazioni erogate da questi operatori spaziano dall'attività di supporto al Personale Infermieristico, da parte degli OSS, alle prestazioni socio assistenziali a confine tra l'area sanitaria e quella sociale del Personale Ausiliario, alla promozione di varie attività espressive individuali e di gruppo attivate dall'Animatore Sociale.
- FIGURE DI SUPPORTO PER SERVIZI VARI, quali la guardarobiera, l'addetto/supervisore di cucina, il personale addetto servizio pulizie, la parrucchiera, l'esperta in podocuria, il tuttodfare per piccoli interventi manutentivi ordinari.
- FIGURE AMMINISTRATIVO/GESTIONALI, quali il Direttore, gli istruttori e i collaboratori amministrativi, cui competono tutti gli aspetti di natura amministrativa e gestionale.

La R.S.A. è struttura a ciclo residenziale continuativo ed in tal senso offre un servizio di ospitalità a lungo termine ed i servizi offerti sono:

- assistenza medica generica e specialistica
- fornitura farmaci, ausili per incontinenti ed attrezzature antidecubito;
- assistenza infermieristica e di coordinamento
- assistenza di base, igiene e cura della persona
- assistenza sociale
- riabilitazione e fisioterapia
- terapia occupazionale
- interventi socio - educativo - animativi
- interventi di educazione motoria
- progetti Individualizzati e Piani Assistenziali Individualizzati
- servizio ristorazione comprendente colazione, pranzo, merenda e cena
- servizio lavanderia biancheria ospite
- servizio trasporti in ambulanza da/per gli Ospedali della zona
- counseling sociale
- case management (supporto ai familiari o direttamente all'Ospite per pratiche varie e orientamento socio - giuridico)
- interventi di podocuria
- interventi di parrucchiera uomo/donna (taglio e piega)

Apertura

La struttura è sempre aperta nella fascia oraria 08:00/20:00. È però preferibile non accedere ai nuclei per non intralciare le ordinarie attività assistenziali in queste fasce più delicate e impegnative:

MATTINO: fino alle 9:00

PRANZO: 11:30 - 12:30

CENA: 17:30 - 18:30

In caso invece si desiderasse dare assistenza durante i pasti o accedere fuori dall'orario di apertura (20:00 – 8:00) è necessario segnalarlo alla responsabile di struttura che, a seguito di autorizzazione da parte della direzione sanitaria, farà sottoscrivere apposito modulo di permesso nominale.

3. PROGRAMMA ANNUALE - ANALISI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI SPECIFICI 2023 RSA (PER LA DESCRIZIONE SI RIMANDA AI DOCUMENTI ORGANIZZATIVI 2023 CHE CONTENGONO I PROGRAMMI ANNUALI)

Sulla base delle risultanze del customer dell'anno precedente, dei suggerimenti dell'ODV, delle Vigilanze e delle sollecitazioni dei Responsabili di Servizio, vengono ogni anno proposti alcuni obiettivi. Tali obiettivi sono definiti con il coinvolgimento del personale e dei collaboratori.

OBIETTIVO 1 – contenimento della spesa, dello spreco di farmaci con riduzione delle ore infermieristiche impiegate nelle fasi dell'applicazione delle procedure terapeutiche attraverso l'implementazione della somministrazione della terapia orale con sistema esternalizzato UD SERVE (allestimento terapie personalizzate per tramite e conto di farmacia Deenova) nel rispetto della normativa vigente in materia di somministrazione delle terapie. Il personale coinvolto è il personale infermieristico e di supporto. Le risorse necessarie per l'implementazione del sistema sono risorse umane (Infermieri, OSS) e materiali (sistema Deenova, carrelli terapia adeguati a tipologia ed utilizzo).

INTERVENTO: l'implementazione della somministrazione della terapia attraverso il sistema Deenova avverrà attraverso una fase di formazione/addestramento, sperimentazione e messa in opera del sistema con monitoraggio degli expertise Deenova.

INDICATORE:

- percentuale di ospiti gestiti attraverso la somministrazione della terapia con sistema Deenova pari al 100% nell'anno di riferimento
- contenimento e riduzione spesa/spreco farmaci pari al 10% rispetto al 2022
- riduzione ore infermieri

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO: Raggiunto.

Il sistema Deenova è stato implementato sul 100% degli ospiti individuati a decorrere dal mese di ottobre in fase sperimentale/addestramento ed effettivo dal mese di novembre, a regime totale dal mese di febbraio 2024. Si è potuto notare un iniziale contenimento della spesa del farmaco gestito dal sistema attraverso la marcata riduzione dei farmaci scaduti (farmaci rinvenuti oltre la data di scadenza inferiore al 10 %). A causa della complessità assistenziale degli ospiti che è variata, nel caso di tre ospiti in particolare (Sig. C.C., D.P. e S.M.), si è reso necessario l'acquisto di

medicazioni complesse con costi elevati, ad oggi ancora in uso, che, sommato al posizionamento di due PEG (ad oggi ancora presenti) hanno aumentato il fabbisogno farmacologico, pertanto, la riduzione della spesa non si è potuta verificare in termini di minor acquisto ma solo inerente al contenimento degli sprechi.

Gli Infermieri hanno ridotto il tempo di deblistering del farmaco in compresse (esclusi tutti i farmaci non ricompresi nel nuovo sistema) di 1 h per ciascun nucleo a favore di un aumentato tempo dedicato all'assistenza diretta all'ospite durante la somministrazione del pasto per ospiti totalmente dipendenti e con disfagia.

Si illustrano di seguito i principali vantaggi che derivano dall'adozione di un servizio di terapia personalizzata:

- *Migliore aderenza terapeutica*

Le terapie personalizzate tengono conto delle esigenze dei residenti, migliorando così la loro qualità di vita. Un'inadeguata adesione alla terapia comporta una perdita di efficacia e di conseguenza ha un impatto sugli esiti clinici. Può favorire l'insorgenza di complicanze, di recidive o prolungare la durata della malattia.

Dal punto di vista della salute pubblica, una scarsa aderenza terapeutica causa uno spreco di risorse: dai farmaci inutilizzati alle ospedalizzazioni che potevano essere evitate. Può inoltre favorire la diffusione di malattie e lo sviluppo di fenomeni di antibiotico-resistenza.

Con l'allestimento personalizzato tutte queste conseguenze vengono notevolmente contenute.

- *Riduzione effetti collaterali*

Adottando terapie personalizzate, possono essere evitati trattamenti inutili o inappropriati, riducendo al minimo gli effetti collaterali associati a farmaci e procedure mediche.

- *Maggiore adesione al trattamento*

Quando i piani di cura sono adattati alle esigenze dei residenti è maggiore la probabilità che il trattamento venga seguito in modo rigoroso, migliorando così i risultati terapeutici.

- *Risparmio di tempo ed energia*

Le terapie personalizzate consentono un uso più efficiente delle risorse, riducendo il tempo e l'energia spesi in trattamenti non necessari e all'allestimento degli stessi. Ciò può portare a un notevole risparmio dei costi a lungo termine.

- *Migliora la comunicazione*

L'adozione di terapie personalizzate promuove una comunicazione più aperta ed efficace tra residenti, personale sanitario e famiglie. Ciò favorisce un migliore coordinamento della cura e una maggiore comprensione delle esigenze dell'ospite.

- Tracciabilità dei farmaci in tutto il flusso clinico / logistico
- Identificazione del farmaco in ogni momento del flusso dall'arrivo in confezione alla consegna al paziente in busta multi-farmaco: le singole bustine sono identificate da

un seriale che, oltre ad essere letto in fase di somministrazione per una consegna sicura del farmaco, racchiude in ogni momento le informazioni dei farmaci contenuti in quella specifica busta (nome commerciale, principio attivo, data di scadenza, n. lotto, codice AIC, forma farmaceutica)

- o Completa tracciabilità ed evidenza delle terapie somministrate per tutta la durata della degenza
- *Monitoraggio del consumo e quindi della spesa della farmaceutica*
L'informazione sul somministrato al singolo ospite fornisce dati aggiornati a supporto del controllo dei consumi e della spesa farmaceutica della struttura
- *Ottimizzazione del prontuario di struttura con conseguente contenimento della spesa farmaceutica*
In fase iniziale Deenova ha supportato la struttura nella revisione delle prescrizioni attive e relativa ottimizzazione dei codici per restringere in modo razionale il numero di farmaci prescritti. Questa attività sarà effettuata periodicamente per garantire il miglioramento continuo del sistema.
- *Riduzione dei punti di stoccaggio dei farmaci presso i singoli nuclei di cura*
L'approvvigionamento dei farmaci viene effettuato sulla base del reale fabbisogno generato dalle prescrizioni inserite dal medico in cartella clinica elettronica. In fase di inserimento della richiesta, lo strumento di calcolo è in grado di elaborare il quantitativo dei farmaci richiesti considerando il prescritto in un certo lasso di tempo e le giacenze dei farmaci ancora presenti nei magazzini (completa conoscenza delle giacenze presso i magazzini).
- *Totale sicurezza per l'ospite*
In fase di somministrazione l'infermiere deve leggere, come da procedura, il seriale presente sulla busta contenente la terapia di un singolo ospite. In questa fase del processo, vi è la verifica della corretta dispensazione della terapia a fronte della prescrizione assolvendo al principio delle 7G (Giusto farmaco; Giusta dose; Giusta via di somministrazione; Giusto orario; Giusto paziente; Giusta registrazione; Giusto controllo).

OBIETTIVO 2 – Installazione presso determinati posti letto della RSA di un sistema di intelligenza artificiale per il monitoraggio del benessere dei residenti e dei dipendenti, riduzione delle cadute ed ottimizzazione delle terapie sedative. Le risorse impiegate sono tipo umano (tecnici specifici, infermieri, asa/oss) e materiale (strumenti operativi, impianti a muro)

INTERVENTO: Il sistema "Ancelia" permetterà la rilevazione tramite sensori ottici di informazioni legate alla posizione nel letto del singolo residente al fine di allertare il personale in caso di cadute o allontanamenti prolungati. Inoltre, il sistema tramite Web App permetterà una valutazione della cura erogata in termini di quantità, qualità e durata degli accessi nella stanza del residente. I nuclei interessati saranno inizialmente ed in via sperimentale il Margherita ed il Rosa (per un totale

di 40 ospiti) essendo entrambi a gestione diretta da parte dell'ASSC. L'implementazione avverrà attraverso una fase di formazione/addestramento, sperimentazione e messa in opera del sistema di monitoraggio

INDICATORE: percentuale degli ospiti gestiti tramite il sistema di intelligenza artificiale "Ancelia" pari al 100% degli ospiti sottoposti al monitoraggio nell'anno di riferimento pari a 40 persone

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO: Raggiunto.

Quaranta ospiti sono gestiti durante, l'orario notturno, attraverso il supporto di "Ancelia". Di seguito gli obiettivi raggiunti dal sistema (ottimizzazione dei tempi e riduzione della soggettività):

- **Numero eventi di rischio** = Situazioni di attenzione che potrebbero evolvere in eventi avversi;
- **Tempo di reazione** = Tempo entro il quale gli operatori intercettano un evento di pericolo o avverso.

| Parametro | Senza Ancelia | Con Ancelia |
|--|---|------------------------------|
| Numero di eventi di rischio intercettati e gestiti | Non si ha un dato disponibile È possibile intercettare la maggior parte degli eventi di pericolo solo quando l'operatore è in stanza | 20 eventi / notte |
| Tempo di reazione | Si ipotizza 2-3 h in base al piano di lavoro notturno o alla persona o ai rumori. L'evento avverso (caduta) è strettamente legato alla persona in turno; quindi, è variabile. | 1 minuto e 24 secondi |

OBIETTIVO 3 – implementazione nuovo modello organizzativo "Primary Nursing", in quanto l'attuale modello organizzativo, il "modello per compiti e mansioni" è un modello obsoleto che non permette la personalizzazione dell'assistenza, questo modello crea un'assistenza frammentaria portata a sviluppare eventi avversi verso l'ospite e verso il personale infermieristico. Con il nuovo modello organizzativo si andrà a personalizzare l'assistenza attraverso la presa in carico mirata dell'ospite avendo sotto controllo tutto il processo assistenziale al fine di abbattere gli eventi avversi e contenendo gli eventi sentinella. Il personale coinvolto è il personale infermieristico e di supporto. Le risorse sono il personale infermieristico e di supporto, il coordinatore ed il direttore infermieristico

INTERVENTO: il Primary Nursing è un modello di assistenza infermieristica che si focalizza sulla relazione privilegiata tra l'infermiere e gli ospiti che gli vengono affidati. L'infermiere di riferimento ha l'organizzazione del PAI informando i vari stakeholder. L'assegnazione degli ospiti a ciascun infermiere è responsabilità del coordinatore. L'implementazione del PN avverrà attraverso una fase di formazione/addestramento, sperimentazione del modello stesso.

INDICATORE: percentuale degli ospiti gestiti con il nuovo modello organizzativo pari a 40 entro sei mesi dall'avvio del progetto ed 80 ospiti entro il 2023.

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO: Raggiunto.

Si conferma l'implementazione del modello organizzativo PN per la presa in carico di tutti gli ottanta ospiti dell'RSA.

L'Equipe Multidisciplinare è stata formata a decorrere dal mese di febbraio per un totale di 3 incontri formativi, di seguito il modello è stato applicato a partire dagli Infermieri (come da modello originale) assegnando ad ogni Infermiere un numero definito di ospiti come Infermiere Primary ad esclusione degli Infermieri assunti con contratto libero professionale. (vedi tabella Infermiere/Ospite).

| <i>Infermiere Primary (di riferimento)</i> | <i>Nucleo</i> | <i>Numero Ospiti assegnati (Binomio Infermiere-Ospite)</i> |
|--|---------------|--|
| Cantarelli Susanna | misto | 11 |
| Enachescu Speranta | misto | 12 |
| Incerti Daniele | misto | 12 |
| Palazzini Daniele | misto | 12 |
| Sibra Manuela | misto | 11 |
| Tonani Varonica | misto | 11 |
| Uggetti Denise | misto | 11 |

OBIETTIVO 4 – partecipazione attiva ai corsi aziendali professionalizzanti al fine di avere l'opportunità di aggiornare le proprie competenze professionali e/o svilupparne di nuove in quanto tutte le attività di cura e presa in carico dell'ospite sono in continua evoluzione e soggette a continui cambiamenti, pertanto, risulta essere indispensabile il continuo aggiornamento.

INTERVENTO: per garantire il raggiungimento di tale obiettivo, i dipendenti, saranno invitati a partecipare a corsi di aggiornamento in presenza, e-learning, laboratori pratici, training on the job, seminari divulgativi e corsi professionalizzanti

INDICATORE: numero dei dipendenti che partecipano attivamente alle iniziative formative pari al 70%. Numero delle iniziative a cui hanno partecipato pari al 70% delle iniziative proposte.

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO: Raggiunto.

I dipendenti hanno partecipato a tutte le attività formative proposte nella percentuale prefissata. Presso la Direzione Formazione sono depositati i file di adesione e partecipazione ai corsi con riportate le percentuali.

4. PROGRAMMA ANNUALE - DEFINIZIONE OBIETTIVI 2024 E PIANO DI MIGLIORAMENTO

OBIETTIVO 1 – contenimento della spesa farmaceutica, a parità di condizioni di ospiti, che nel 2023 è ammontata a € 168 mila euro (circa) per RSA e CDI e territoriali. Il personale coinvolto è il personale infermieristico e di supporto RSA e CDI. Le risorse necessarie per l'implementazione del sistema sono risorse umane (Infermieri, OSS) e materiali.

INTERVENTO: controllo della spesa farmaceutica comprensivo dei farmaci messi a sistema Deenova, implementazione dell'idratazione presidiata e continua

INDICATORE:

- contenimento e riduzione spesa farmaci pari al 40 % rispetto al 2023 grazie all'aderenza infermieristica al progetto Deenova (massimizzazione dell'utilizzo del sistema per annullare lo spreco del farmaco) e ottimizzazione utilizzo presidi in uso
- implementazione dell'idratazione presidiata e continua degli ospiti da parte del personale infermieristico declinandolo nel piano delle attività

OBIETTIVO 2 – riduzione delle contenzioni cinture da letto (attualmente 4 presenti) ed ottimizzazione delle terapie sedative. Le risorse impiegate sono tipo umano (tecnici specifici, infermieri, asa/oss) e materiale (strumenti operativi, impianti a muro)

INTERVENTO: valutazione del riposo/sonno attraverso la APP manager per valutare la tipologia del ritmo sonno veglia al fine di ridurre le cinture da letto nella fascia notturna

INDICATORE: percentuale riduzione mezzi di contenzione (cinture da letto) inferiore al 10% dei mezzi di contenzione prescritti nel aa 2023

OBIETTIVO 3 – dato l'avvio del primo step del modello organizzativo "Primary Nursing nell'anno 2023, si inizia la seconda fase inerente all'implementazione delle figure di supporto primary (ASA/OSS, FKT e Animatori). Il personale coinvolto è il personale infermieristico, di supporto, FKT ed animatori. Le risorse che favoriranno l'implementazione della seconda fase sono il personale infermieristico e di supporto, il coordinatore ed il direttore infermieristico

INTERVENTO: il Primary Nursing è un modello di assistenza infermieristica che si focalizza sulla relazione privilegiata tra l'infermiere e gli ospiti che gli vengono affidati. L'infermiere di riferimento ha l'organizzazione del PAI informando i vari stakeholder e portando a conclusione la condivisione del PAI con i famigliari di riferimento. L'infermiere Primary assegnerà gli ospiti a ciascuna nuova figura primary. L'implementazione della seconda fase del PN avverrà attraverso una fase di formazione/addestramento, sperimentazione del modello stesso

INDICATORE:

- condivisione del PAI con i famigliari di riferimento di almeno 40 ospiti su 80 (almeno 5 condivisioni/infermiere)

- implementazione dell'OSS di riferimento

OBIETTIVO 4 – aumento della partecipazione attiva ai corsi aziendali professionalizzanti al fine di avere l'opportunità di aggiornare le proprie competenze professionali e/o svilupparne di nuove in quanto tutte le attività di cura e presa in carico dell'ospite sono in continua evoluzione e soggette a continui cambiamenti, pertanto, risulta essere indispensabile il continuo aggiornamento.

INTERVENTO: per garantire il raggiungimento di tale obiettivo, i dipendenti, saranno invitati a partecipare a corsi di aggiornamento in presenza, e-learning, laboratori pratici, training on the job, seminari divulgativi e corsi professionalizzanti

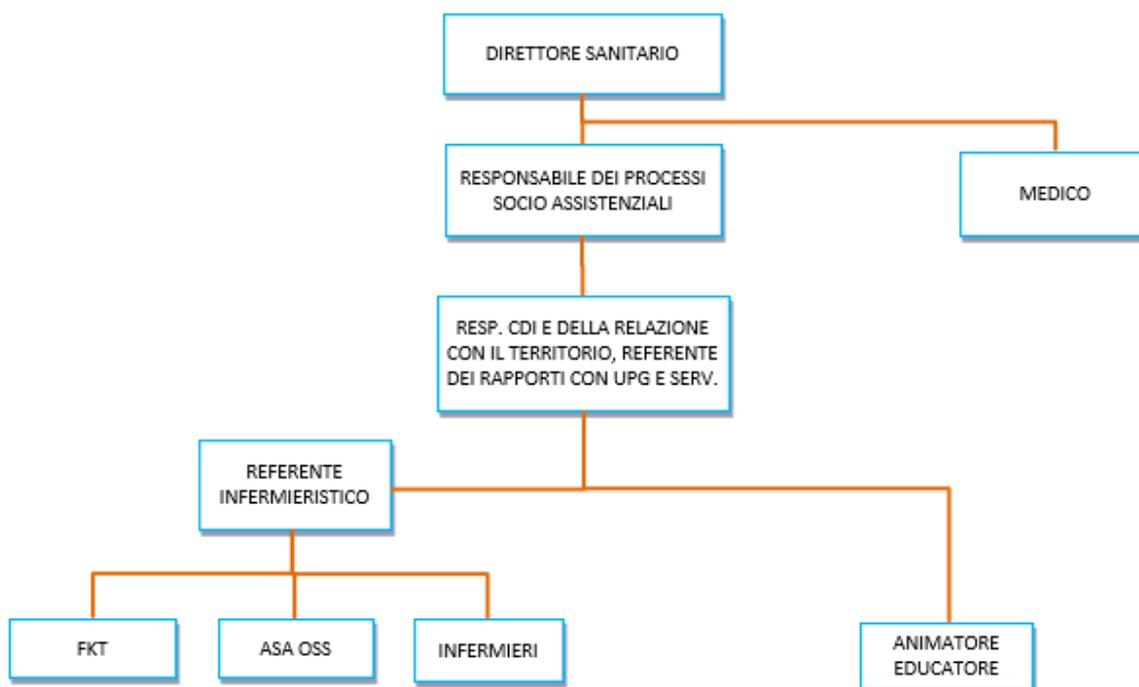
INDICATORE:

- numero dei dipendenti che partecipano attivamente alle iniziative formative pari al 90%
- numero delle iniziative a cui hanno partecipato pari al 90% delle iniziative proposte

C.D.I. GIRASOLE

1. ASSETTO ORGANIZZATIVO C.D.I.

1.1 Organigramma



1.2 Funzionigramma

Di seguito si elencano le diverse figure operanti nel servizio. Per la descrizione delle funzioni delle seguenti figure professionali si fa rinvio al documento organizzativo - parte generale:

- Direttore Sanitario
- Responsabile dei Processi socio assistenziali
- Responsabile del CDI e referente dei rapporti con gli uffici sul territorio per la protezione giuridica e i servizi sociali
- Referente infermieristico
- Medico
- Infermiere
- Operatore Socio Sanitario – OSS
- Ausiliario Socio Assistenziale – ASA
- Fisioterapista
- Animatore – educatore

1.3 Modalità di erogazione del servizio

Indicativamente si prevede il seguente monte ore settimanale delle varie figure professionali che potrà subire variazioni nel corso dell'anno in base alle nuove e mutate esigenze del servizio. Tali mutamenti sono riepilogati nel file "Sintesi Erogazione CDI" che viene periodicamente aggiornato nel seguente percorso del server aziendale.

| FIGURA PROFESSIONALE | Ore erogate alla settimana |
|-----------------------|---|
| INFERMIERI | 23.50 h |
| FISIOTERAPISTI | 16.50 h |
| ANIMATORE - EDUCATORE | 15 h |
| ASA - OSS | 144 h |
| ASSISTENTE SOCIALE | 25 h |
| MEDICO | 6 h |
| DIETISTA | 2h/mese; Interventi pianificati mese per mese |

L'effettiva erogazione può subire variazioni, pur sempre nel rispetto dello standard minimo regionale.

1.4 Definizione annuale del piano di lavoro

Per la tipologia e il volume di attività previste e conseguente piano organizzativo si fa rinvio ai piani di lavoro in essere e alle varie programmazioni di settore rinvenibili nel server aziendale.

2. OBIETTIVI DELL'UNITÀ D'OFFERTA, SERVIZI EROGATI E POPOLAZIONE POTENZIALMENTE INTERESSATA

Il Centro Diurno Integrato nasce nel 1992, nell'ambito delle Politiche per anziani avviate dal Comune di Casalpusterlengo, sensibile ai cambiamenti nell'approccio alla problematica anziana, in relazione al mutare di fattori sociali, ambientali, culturali e legislativi.

Constatando infatti i seguenti eventi:

- contrazione delle famiglie con minori disponibilità di persone da adibire alla cura e alla gestione dell'anziano inserito in famiglia,
- minore disponibilità di tempo delle donne, storicamente adibite alla cura dei componenti della famiglia in stato di bisogno assistenziale,
- minor disponibilità del contesto ambientale a contribuire al processo di aiuto e di sostegno all'anziano fragile.

Il Comune avviava, presso la R.S.A., una prima esperienza di Centro Diurno Integrato. Essa trovava poi consolidamento con l'avvio nel 1999 della nuova struttura, sempre attigua alla R.S.A., in P.za Cappuccini 2. Dal 31.12.2004 il C.D.I. è stato trasferito, insieme alla R.S.A., dal Comune all'Azienda Speciale di Servizi (A.S.S.C.) che ne è tuttora Ente Gestore.

Dall'anno 2009 si trasferisce dalla sede di Piazza Cappuccini 2 a Casalpusterlengo al nuovo complesso di Via Fleming 2, realizzato nel rispetto della normativa regionale di riferimento (D.G.R. 8494/2002).

2.1 Mission/Obiettivi

Il Centro Diurno Integrato è un servizio di natura socio-assistenziale e sanitario che si colloca, all'interno del processo assistenziale, in una fase intermedia fra i servizi domiciliari e la struttura di tipo residenziale.

Al C.D.I. si ricorre quando gli interventi a domicilio non sono in grado di garantire, con una adeguata intensità e continuità, la gestione dell'anziano non autosufficiente, risultando inadeguati anche a sostenere il nucleo familiare o la rete solidale dell'anziano stesso.

Obiettivo generale è quello di garantire alle famiglie ed ai caregivers dell'anziano un concreto sollievo diurno al carico assistenziale, un controllo professionale e un quotidiano benessere complessivo della persona offrendo adeguati interventi sanitari, riabilitativi e socio-assistenziali.

Infine, il C.D.I. si pone i seguenti ulteriori obiettivi:

- offrire all'anziano un sostegno alla vita relazionale, stimolarne la socialità, formulare proposte di animazione ed intrattenimento
- contribuire a migliorare la qualità di vita degli anziani che lo frequentano attraverso l'attenzione ai bisogni specifici individuali e collettivi
- mantenere le capacità funzionali e cognitive dei propri ospiti mediante interventi mirati di tipo socio-sanitario-assistenziale
- disincentivare il ricorso alla struttura residenziale, evitando il rischio di istituzionalizzazione, e mantenere l'anziano il più a lungo possibile nel proprio ambiente di vita.

2.2 Popolazione interessata

Il C.D.I. aziendale può ospitare n° 40 anziani non autosufficienti, dai diversificati livelli di disabilità, purché in grado di essere trasportati e rispondenti alle caratteristiche sotto elencate:

- anziani di età superiore ai sessantacinque anni
- persone al di sotto dei 65 anni con patologie per quali sia indicato il Centro come risposta assistenziale idonea al caso
- persone affette da patologie diverse di tipo cronico - degenerativo
- anziani affetti da forme di demenza purché senza disturbi comportamentali tali da compromettere il proprio benessere ed il normale funzionamento delle attività previste quotidianamente a favore degli ospiti del Centro
- anziani soli, sebbene con discreta autonomia, ma con elevato rischio di esclusione sociale ed emarginazione dalle cure

2.3 Servizi erogati

Il Centro Diurno Integrato, recependo le disposizioni nazionali e regionali in materia socio-assistenziale, eroga prestazioni di varia natura ed orientate ai diversi ambiti che compongono la globalità della persona anziana:

- assistenza medica (per l'utente rimane comunque invariato il Medico di base prescelto)
- assistenza infermieristica
- fisioterapia
- prestazioni assistenziali
- interventi di animazione e socializzazione con attività ludico-ricreative, di stimolazione e mantenimento delle abilità cognitive, sensoriali, relazionali
- assistenza sociale per ospiti e familiari
- pranzo, cena e merenda
- bagno assistito
- interventi estetici di base (podocuria e parrucchiere)
- servizio di trasporto per il percorso domicilio – C.D.I. e viceversa (il servizio è attivo solo per i residenti a Casalpusterlengo salvo deroghe).

Apertura

Il C.D.I. prevede un'apertura da lunedì a venerdì, nella fascia oraria 8:00 – 19:30.

3. PROGRAMMA ANNUALE - ANALISI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI SPECIFICI 2023 RSA (PER LA DESCRIZIONE SI RIMANDA AI DOCUMENTI ORGANIZZATIVI 2023 CHE CONTENGONO I PROGRAMMI ANNUALI)

La presente relazione vede il resoconto degli obiettivi del 2023 e il piano di miglioramento previsto per il CDI per il 2024 steso in occasione della riunione d'equipe del cdi di febbraio 2024 con revisione nella riunione cdi di marzo 2024.

OBIETTIVO 1 – Ampliamento della supervisione all'equipe più completa.

INTERVENTO: inserimento negli incontri di supervisione delle figure professionali di fisioterapista e infermiere.

INDICATORE: fogli firma supervisione con la presenza delle figure sopraccitate per almeno 2 degli incontri programmati.

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO: **Raggiunto.**

Su 8 incontri di supervisione CDI svolti nell'anno 2023 la fisioterapista ha partecipato a 3 incontri, l'infermiera ha partecipato a 5 incontri. In 2 incontri vi erano ben 2 infermiere.

OBIETTIVO 2 – Proporre alle famiglie, e agli ospiti quando in grado di parteciparvi, degli incontri tipo “udienze generali scolastiche” al fine di farci meglio conoscere e confrontarci con loro. Se possibile si può fare in occasione del PAI così diventa anche una condivisione dello stesso.

INTERVENTO: invio comunicazioni alle famiglie, suddividendole un po' per mese, organizzazione dei colloqui.

INDICATORE: invio mail di invito ad almeno 10 familiari.

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO: Raggiunto.

Mail inviata a 28 famiglie, di queste 3 hanno chiesto e svolto l'udienza generale. Non è stata inviata mail ai familiari di 5 ospiti in quanto frequentanti il CDI per pochi giorni o poche settimane, o perché accolti al centro nell'ultimo mese dell'anno, quindi necessitanti di maggior conoscenza da parte degli operatori. Si è valutato di non seguire la scadenza pai perché causa chiusura-apertura del cdi per covid molti pai del cdi scadono nello stesso periodo quindi a livello organizzativo sarebbe stato impossibile organizzare numerose udienze.

OBIETTIVO 3 – Miglioramento del grado di soddisfazione circa la voce della fisioterapia nella customer satisfaction.

INTERVENTO: presenza più costante del fisioterapista al cdi. Maggiore variazione del tipo di attività da svolgere (es. ginnastica di gruppo, giochi, ecc). Invio alle famiglie di mail con foto dei momenti che gli ospiti vivono in palestra così da permettere una maggior visibilità.

INDICATORE: risultato > del 75% fra gli items “molto, sì e abbastanza” sia nel questionario operatori che in quello dei familiari.

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO: Raggiunto.

La customer satisfaction del 2023 ha visto i seguenti risultati:

Domanda 8, su prestazioni fisioterapiche, questionario operatori cdi: 29% molto + 57% sì + 14% abbastanza = 100%

Domanda 5, su prestazioni fisioterapiche, questionario familiari cdi: 39% molto + 33% sì + 22% abbastanza = 94%

Domanda 5, su prestazioni fisioterapiche, questionario ospiti cdi: 29% molto + 28% sì + 43% abbastanza = 100%

Inoltre:

- A febbraio 2023 per il CDI è stata individuata una nuova fisioterapista dedicata al centro per 12 ore settimanali, aumentate a 15 da settembre.
- È stata introdotta tutte le settimane la ginnastica di gruppo, gradita a molti ospiti.
- Sono state fatte fotografie agli ospiti durante l'attività e mandate alle famiglie per aumentare la visibilità.

4. PROGRAMMA ANNUALE - DEFINIZIONE OBIETTIVI 2024 E PIANO DI MIGLIORAMENTO

OBIETTIVO 1 – Alla luce dell'alto turn over di ospiti che vi è sul CDI (per cui molti di coloro che saranno accolti quest'anno non hanno ricevuto l'invito alle udienze generali del 2023), del fatto che solo 3 famiglie hanno accolto l'invito e della grande potenzialità di questa iniziativa, se pur molto sfidante a livello organizzativo per il servizio, si ripropone l'obiettivo sulle Udienze generali. Si inviteranno quindi le famiglie, e gli ospiti quando lo desiderano, agli incontri tipo "udienze generali scolastiche" al fine di confrontarci con loro sull'andamento della frequentazione del cdi, aspettative, obiettivi e suggerimenti/addestramento rispetto alle eventuali esigenze delle famiglie a domicilio

INTERVENTO: invio comunicazioni alle famiglie, suddividendole un po' per mese, ed organizzazione dei colloqui con l'equipe al completo.

INDICATORE: invio mail di invito ad almeno 12 familiari.

OBIETTIVO 2 – Migliorare l'offerta ricreativa del centro, garantita quotidianamente con attività più ordinarie, mediante eventi e iniziative straordinarie. Nel 2023 sono state organizzate circa 20 iniziative.

INTERVENTO: organizzare eventi e iniziative stra-ordinarie.

INDICATORE: per l'anno 2024 ci si impegnerà per organizzare 23 iniziative ricreative speciali (es. pizzata in giardino, gite, feste particolari).

OBIETTIVO 3 – Tenuto conto del numero di ospiti che muterà nel corso del 2024 (dopo la chiusura per covid, infatti, il numero di ospiti iscritti è risultato continuamente in aumento/mutamento) si rende necessario effettuare una continua riflessione su spazi, mobilio, strumentazioni, stoviglie e tutto ciò che è necessario al servizio.

L'obiettivo è quindi quello di operare per rendere gli spazi e gli oggetti del CDI sempre più accoglienti e funzionali alla situazione mutevole.

INTERVENTO: Ricognizione almeno 2 volte l'anno di spazi, mobilio, strumenti, stoviglie e quant'altro serve al servizio sulla base del mutamento del numero di ospiti.

INDICATORE: n° 2 relazioni di ricognizione.

CURE DOMICILIARI

1. PREMESSA

La programmazione sanitaria nazionale definisce l'assistenza domiciliare come setting privilegiato dell'assistenza territoriale. Secondo il DPCM 12 gennaio 2017, le cure domiciliari (CD) rispondono ai bisogni di persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, garantendo percorsi assistenziali costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico. Fra gli obiettivi, la stabilizzazione del quadro clinico, la gestione integrata di problemi specifici, il rallentamento del declino funzionale e il miglioramento della qualità della vita. L'offerta domiciliare contribuisce alla prevenzione dell'utilizzo inappropriato o intempestivo dell'ospedalizzazione e dell'istituzionalizzazione.

Per rispondere a persone che non presentano problematiche unicamente sanitarie, ma necessitano anche di risposte assistenziali appropriate alla multidimensionalità dei loro bisogni, anche di carattere psico-sociale (fatica emotiva/assistenziale del caregiver, contesti relazionale intra-famigliari problematici, etc.), che rendono i percorsi di malattia estremamente variabili al mutare della natura e della tipologia dei bisogni stessi nel tempo e sono responsabili, in particolare durante l'ultimo anno di vita, di un elevato assorbimento di risorse, soprattutto attraverso ricoveri ospedalieri ripetuti e decessi in ospedale.

Quindi il governo di malattie complesse necessita non solo di risposte di salute fornite dalle strutture ospedaliere, luoghi ad alta intensità e tecnologia che rimangono di elezione per la gestione dell'acuzie ma anche, spesso prevalentemente, della capacità di assicurare lunghi periodi di assistenza domiciliare o in strutture residenziali attraverso le opportunità fornite dalla rete delle unità di offerta sociosanitarie che devono operare in una logica di rete insieme alle ASST.

La riorganizzazione della sanità territoriale, si sta pertanto sviluppando attraverso la ricerca della definizione delle migliori condizioni organizzative che garantisca una presa in carico autenticamente integrata del bisogno della persona e della famiglia, fondata sul principio di prevenzione, del continuum assistenziale e della costante valorizzazione di tutte le risorse formali e informali a disposizione sul territorio.

A livello regionale è stata adottata la L.R. 22/2021 per l'attuazione della nuova sanità territoriale, con l'istituzione dei distretti e delle relative articolazioni organizzative quali:

- CdC, case di comunità
- COT, centrale operativa territoriale
- OdC, ospedale di comunità

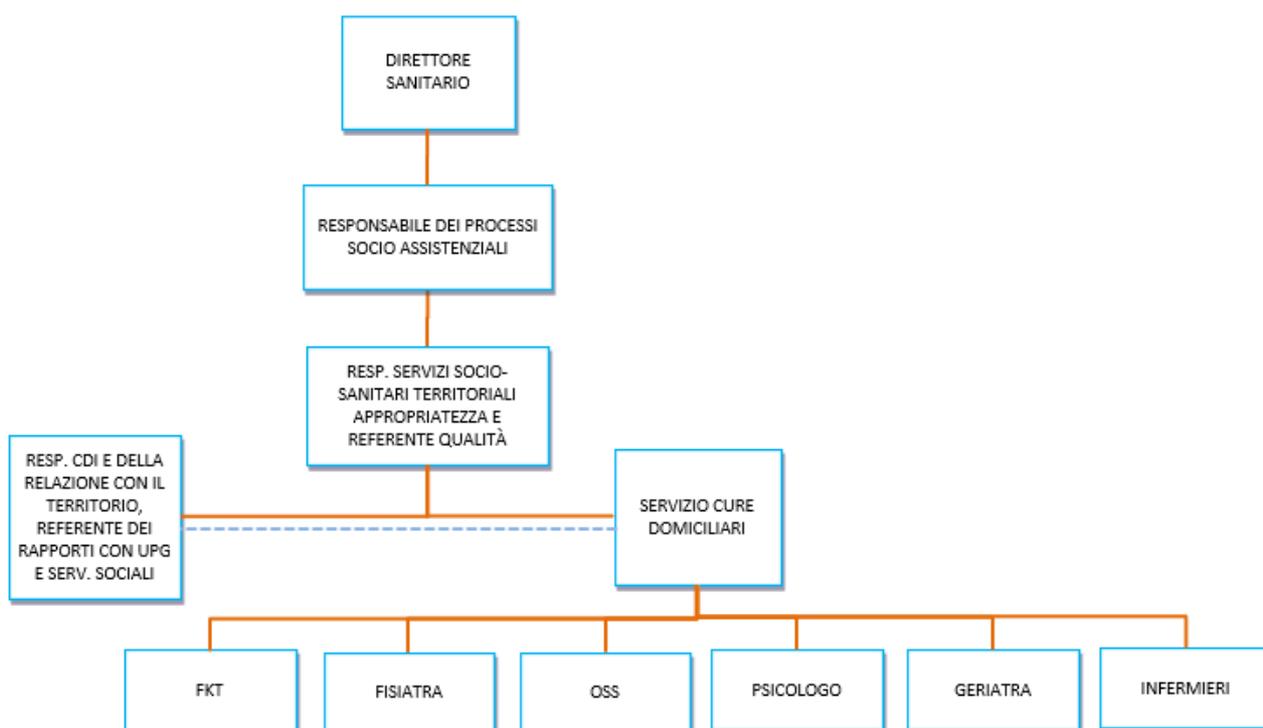
Le cure domiciliari si collocano nella rete di servizi sociosanitari volti a garantire alle persone, in condizione di fragilità, prestazioni sociosanitarie integrate "a domicilio", anche in contesti di

residenzialità individuale/collettiva, alternativa alla propria casa, eletti dalla persona a dimora abituale.

L'Intesa Stato Regioni del 4 agosto 2021 (n. 151/CSR) riconosce che le CD "richiedono una peculiare e complessa organizzazione, un lavoro di rete che coordina e integra le varie figure professionali (medici, infermieri, professionisti della riabilitazione, operatori sociali e altre), definendo la necessità che le organizzazioni erogatrici rispondano a precisi requisiti di sicurezza e qualità, a garanzia della tutela della salute dei cittadini". Le risposte assistenziali domiciliari si distinguono in differenti livelli di intensità e complessità assistenziale, individuati a partire dalla Valutazione multidimensionale (VMD). La VMD permette di identificare i bisogni e le risorse delle persone e definire Progetto individuali (PI), che guidano la scelta dei setting di cura più appropriati e la formulazione e implementazione dei Piani di assistenza individualizzati (PAI).

2. ASSETTO ORGANIZZATIVO CURE DOMICILIARI

2.1 Organigramma



2.2 Funzionigramma

Di seguito si elencano le diverse figure operanti nel servizio. Per la descrizione delle funzioni delle seguenti figure professionali si fa rinvio al documento organizzativo - parte generale:

- Direttore Sanitario
- Responsabile dei Processi socio assistenziali
- Responsabile del Servizio Socio-Sanitario Territoriale, Appropriatazza e referente qualità

- Responsabile del CDI e referente dei rapporti con gli uffici sul territorio per la protezione giuridica e i servizi sociali
- Medico
- Infermiere
- Operatore Socio Sanitario – OSS
- Ausiliario Socio Assistenziale – ASA
- Fisioterapista
- Animatore – educatore
- Fisiatra

Inoltre, l'equipe del servizio è costituita dalle seguenti figure professionali, descritte di seguito:

- Psicologo
- Geriatra

Psicologo

Attività disciplinata dal codice deontologico, Testo approvato dal Consiglio Nazionale dell'Ordine ai sensi dell'art. 28, comma 6 lettera c) della Legge n. 56/89, in data 15-16 dicembre 2006, modificato in data 8 luglio 2009. Lo psicologo è un professionista della salute che utilizza specifici metodi e tecniche. Offre sostegno psicologico al paziente e supporto ai famigliari. Partecipa all'elaborazione e attuazione del PAI, PRI, PEI ed all'aggiornamento del FASAS. Collabora con tutte le figure sanitarie e sociosanitarie per il benessere psicofisico dell'utente e si attiene ai protocolli, procedure, ecc. aziendali.

Geriatra

Medico specialista in Geriatria. Identifica eventuali fattori di rischio di disabilità. Valuta l'autonomia e l'autosufficienza, indagando anche sullo stato cognitivo - comportamentale. Partecipa all'elaborazione e attuazione del PAI, PRI, PEI ed all'aggiornamento del FASAS. Collabora con tutte le figure sanitarie e sociosanitarie per il benessere psicofisico dell'utente e si attiene ai protocolli, procedure, ecc. aziendali.

2.3 Modalità di erogazione del servizio

Attivazione

Le richieste di attivazione del percorso di cure domiciliari sono presentate alla Centrale Operativa Territoriale 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).

L'attivazione delle cure domiciliari avviene con prescrizione del MMG/PDF 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

Le richieste vengono prese in carico e l'EVM, valutato il bisogno della persona, provvede alla identificazione del percorso di cure domiciliari più appropriato.

L'EVM del distretto, insieme al MMG/PLS, definisce il Progetto Individuale e acquisisce da parte della famiglia la scelta dell'ente gestore per l'erogazione dell'assistenza.

Il progetto individuale redatto dall'equipe di valutazione riporta:

- il percorso assistenziale "da protocollo" come previsto dalla normativa, qualora individuato come appropriato per la risposta al bisogno valutato
- l'esplicitazione della tipologia di prestazioni da erogare, qualora diverse da quelle previste nei protocolli standard
- 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 viene ripetuta o effettuata:

- a) sempre dopo un ricovero;
- b) 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;
- c) dopo una sospensione superiore a 15 giorni
- d) periodicamente, in relazione alle indicazioni regionali e nazionali, e comunque ogni 90 giorni durante la presa in carico.

L'ente erogatore prescelto dalla famiglia contatta l'utente/famiglia per concordare il primo accesso a domicilio. La presa in carico e l'avvio dell'assistenza avviene secondo le modalità previste da specifica procedura.

Se durante lo svolgimento del percorso di presa in carico emergessero necessità di carattere sociale l'Azienda si attiverà presso gli uffici territoriali competenti in materia.

Modalità e tempi massimi di attivazione del piano di Cure Domiciliari

L'Azienda garantisce la presa in carico degli assistiti secondo la normativa regionale, le procedure aziendali. La presa in carico degli assistiti avviene entro 72 ore salvo urgenze o necessità di continuità assistenziale segnalate dal medico, struttura ospedaliera, EVM che avvengono entro 24 ore.

La presa in carico può avvenire anche successivamente alle 72 ore per prestazioni differibili a giudizio dell'inviante.

L'utente viene contattato telefonicamente entro le 24 ore successive al ricevimento della attuazione della presentazione da parte dell'ATS.

La copertura delle cure e l'erogazione avvengono nel seguente modo:

dal lunedì alla domenica dalle ore 7:00 alle ore 20:00 per le attività prestazionali, monoprestazionali e per le attività integrate per un totale di numero 91 ore di assistenza in ragione della risposta al bisogno collegato ai Piani di assistenza individualizzati aperti.

Continuità assistenziale

La copertura delle cure e l'erogazione avvengono nel seguente modo:

dal lunedì alla domenica dalle ore 7:00 alle ore 20:00 per le attività prestazionali, monoprestazionali e per le attività integrate per un totale di numero 91 ore di assistenza in ragione della risposta al bisogno collegato ai Piani di assistenza individualizzati aperti.

Dalle ore 9:00 alle 18:00 per 7 giorni/settimana è attivo il servizio di reperibilità telefonica.

ASSC garantisce la continuità dell'assistenza in caso di urgenze o eventi imprevedibili clinico, organizzativi, tecnologici, cambi di personale di riferimento, trasferimenti temporanei, trasferimenti definitivi secondo le modalità previste dalla normativa vigente nel rispetto dei requisiti (DGR n. 3584/2012; DGR 3541/2012, DGR 2569/14).

In caso di trasferimento vengono messe a disposizione tutte le informazioni inerenti il percorso dell'utente. Vengono inoltre fornite all'ospite e ai suoi familiari, indicazioni circa la rete dei servizi territoriali e alle diverse opportunità assistenziali da attivare presenti sul territorio.

Le dimissioni avvengono di norma con le seguenti fattispecie:

- Ricovero in ospedale superiore a 15 giorni
- Ricovero in struttura sociosanitaria
- Decesso
- Raggiungimento obiettivi
- Rinuncia alle prestazioni da parte dell'utente/care giver

Ambito territoriale

Le Cure domiciliari sono rivolte ai pazienti ricompresi nei distretti Alto Lodigiano e Basso Lodigiano facenti capo all'ambito territoriale dell'A.S.S.T. di Lodi.

La sede

La sede operativa delle Cure Domiciliari è a Casalpuusterlengo (LO) in via Fleming n. 2.

Il servizio è ubicato all'interno dell'ASSC, in via Fleming 2-4 a Casalpuusterlengo; per coloro che arrivano:

- a) da Lodi, percorrere la via Emilia e, superato il cimitero di Casalpuusterlengo, girare a destra alla rotonda e al secondo semaforo, girare nuovamente a sinistra;
- b) da Piacenza, percorrere la via Emilia e, alla rotonda d'ingresso in città, girare a sinistra alla rotonda e, al secondo semaforo, girare nuovamente a sinistra;

- c) dal Casello autostradale (Casalpuusterlengo – Ospedaletto), percorrere la via Mantovana e, al Secondo semaforo, girare a destra.

Percorrendo tale direttrice si arriva all'Ospedale di Casalpuusterlengo (seguire eventualmente le indicazioni per tale struttura), di fronte al quale è posta l'Azienda. All'esterno sono posizionati cartelli che indicano gli orari di apertura, i riferimenti telefonici necessari ad attivare il servizio.

Con mezzi pubblici, la ASSC è raggiungibile con il treno tramite fermata alla Stazione Ferroviaria di Casalpuusterlengo e poi procedendo a piedi fino a ASSC in via Fleming 2 Casalpuusterlengo.

Telefono n. 0377 7710

Indirizzo e-mail info@assc.it

La sede è aperta al pubblico dal lunedì al venerdì nelle fasce orarie dalle 9:00 alle 17:00

All'esterno sono posizionati cartelli che indicano gli orari di apertura, i riferimenti telefonici.

Al piano terreno si trova la segreteria del servizio.

È possibile contattare la Sede Operativa Centrale per prenotare appuntamenti da effettuarsi presso la centrale stessa oppure presso il domicilio.

Locali

All'interno della struttura esiste un locale destinato allo stoccaggio dei beni sanitari ad uso del servizio. I taglienti utilizzati dal personale dell'ASSC sono dotati di dispositivi di sicurezza.

La documentazione Sanitaria contenente il PAI ed il diario assistenziale degli assistiti vengono conservati nell'ufficio del Responsabile delle Cure Domiciliari (uffici) e nell'archivio centrale della struttura in conformità al D.Lgs. 196/03 in materia di privacy e secondo protocolli interni.

Divise e mezzi

Il personale operante nel servizio è prevalentemente in regime di libera professione, con propri mezzi di trasporto. I dpi sono forniti da ASSC. Gli operatori sono dotati di adeguati mezzi di comunicazione.

L'Azienda, infatti richiede in sede di stipula contrattuale sulla base di apposito disciplinare di incarico, agli operatori che utilizzano mezzi propri, l'assunzione di responsabilità della conformità dei mezzi di trasporto alla normativa vigente. L'Azienda esegue controlli a campione sulle certificazioni.

Per il personale fornito da cooperative la fornitura delle divise e DPI, mezzi di trasporto e di comunicazione sono a carico del titolare del contratto di lavoro.

Nel caso di personale interno l'azienda mette a disposizione tutti i dispositivi di cui sopra.

Tutti gli operatori sono dotati di tesserino di riconoscimento.

Tenuto conto di quanto previsto dal Dlgs 81/2008 allegato 4 comma punto 1.12.6, presso la sede operativa C-Dom sono stati messi a disposizione degli operatori degli armadietti.

Si precisa infatti che gli operatori della Udo C-DOM dispongono di n. 2 armadietti, locati nel piano seminterrato, all'interno degli spogliatoi.

Comunicazione

Per permettere un'adeguata comunicazione in tempo reale, tutti gli operatori sono dotati di telefono. L'Azienda ha attivato un gruppo di WhatsApp con cui vengono comunicate informazioni operative di immediata utilità. Altro strumento utilizzato è la posta elettronica. L'Azienda ha altresì messo a disposizione a tutti gli operatori una postazione PC per gli adempimenti aderenti al servizio, con possibilità di un collegamento con il server Aziendale.

Debito informativo

L'Azienda assicura che è dotata di struttura organizzativa in grado di rispondere al debito informativo nei confronti dell'ATS e di Regione Lombardia.

Segreteria

La segreteria è attiva dalle ore 9:00 alle ore 17:00 per cinque giorni settimanali, dal lunedì al venerdì. È attivo il servizio di segreteria telefonica con la possibilità di lasciare messaggi.

Recapiti:

Telefono n. 0377 7710

Indirizzo e-mail info@assc.it

Il Responsabile del servizio è dotato oltre che da telefono fisso diretto della sede anche di telefono cellulare aziendale, riferimento telefonico: 366 9082360.

Diritti dell'assistito/malato e dei suoi familiari sono:

- di essere assistito e tutelato;
- di ricevere informazioni chiare e precise sulle attività del servizio con attuazione al principio di trasparenza (carta dei servizi, brochure del servizio riferimenti telefonici, indirizzo, ecc.)
- al rispetto della persona, della sua dignità e della privacy
- esporre reclamo ed a essere informato sugli esiti dello stesso con le modalità previste dalla procedura interna "Gestione Reclami". Si precisa qui che i tempi di risposta massimi sono di 30 giorni dalla ricezione del reclamo
- di poter richiedere ed ottenere una copia del FASAS, conforme all'originale secondo procedura interna "gestione FASAS servizi domiciliari". La richiesta può essere fatta dall'utente o da familiare avente diritto in forma scritta al servizio. Entro sette giorni dalla data registrata nel protocollo l'Ente è tenuto alla consegna dei documenti richiesti.

Si segnala inoltre che l'Azienda ha in essere apposita polizza assicurativa per la Responsabilità civile per coprire eventuali danni agli utenti o altri soggetti.

3. OBIETTIVI DELL'UNITÀ D'OFFERTA, SERVIZI EROGATI E POPOLAZIONE POTENZIALMENTE INTERESSATA

3.1 Mission/Obiettivi

Le Cure domiciliari hanno come obiettivi:

- la stabilizzazione del quadro clinico;
- la stabilizzazione del quadro clinico della persona a seguito di dimissione ospedaliera;
- garantire la continuità dell'assistenza tra sistema sanitario, sociosanitario e sociale;
- il miglioramento della qualità della vita quotidiana e il rallentamento del declino funzionale;
- la prevenzione dell'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

3.2 Popolazione interessata

Le cure domiciliari sono rivolte a persone in situazione di fragilità, caratterizzate da:

- presenza di una condizione di non autosufficienza parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo;
- presenza di una condizione di non deambulabilità;
- non trasportabilità presso presidi sanitari ambulatoriali in grado di rispondere ai bisogni della persona;
- presenza di un supporto nella rete familiare/parentale o informale;
- presenza di condizioni abitative che garantiscano la praticabilità dell'assistenza, acquisite anche a seguito di azioni necessarie per il superamento di eventuali fattori ostativi (esempio: abbattimento di barriere architettoniche)

3.3 Servizi erogati

Le cure domiciliari si distinguono in:

1. CD di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo

Risponde a bisogni prestazionali (mono professionali e/o mono prestazionali):

- prelievi
- prestazionale generico
- percorso gestione Alvo
- percorso gestione Catetere
- percorso gestione Stomie
- percorso Lesioni (articolato in Lesioni A, Lesioni B, Lesioni C)
- percorso Fisioterapia (articolato in Fisioterapia A, Fisioterapia B, Fisioterapia C, Fisioterapia D)

2. CD integrate di I, II e III livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati.

Rispondono a bisogni compositi (multidimensionali e/o multiprofessionali):

- a) Livello I
- b) Livello II
- c) Livello III (articolato in IIIA, IIIB, IIIC)
- d) Alta Intensità

Le CD di base e le CD integrate (ADI) si rivolgono a persone residenti in Regione Lombardia, di qualunque età, che necessitano di cure domiciliari. Per accedere al servizio devono essere presenti le seguenti condizioni:

- bisogni sanitari e sociosanitari gestibili al domicilio
- non autosufficienza, parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo
- impossibilità a deambulare e non trasportabilità, con i comuni mezzi, presso i servizi ambulatoriali territoriali
- presenza di una rete familiare formale e/o informale di supporto
- caratteristiche abitative che garantiscano la praticabilità dell'assistenza

Le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, sono riportate in un Progetto Individuale (PI) che comprende, quando necessario, anche il Progetto di Riabilitazione Individuale (PRI). La valutazione è effettuata dall'équipe di Valutazione Multi-Dimensionale (EVM) nell'ambito delle articolazioni organizzative dei distretti delle ASST in corso di sviluppo in attuazione del DM 77/2022, garantendo così come la rivalutazione periodica della persona assistita e definendo anche i criteri di dimissione o di passaggio ad altri setting assistenziali anche attraverso la Centrale Operativa territoriale

L'EVM è costituita da un nucleo di base così composto: medico curante di riferimento, infermiere, assistente sociale. L'équipe distrettuale del polo territoriale di ASST opera proattivamente anche per il raccordo con gli operatori comunali nella risposta al bisogno della persona e si avvale, quando necessario, della collaborazione di specialisti. Il progetto è condiviso con la persona e/o il suo caregiver.

L'ente erogatore che prende in carico l'utente viene scelto sulla base del principio della libera scelta del cittadino.

L'Azienda Speciale di Servizi è Ente Erogatore di Cure Domiciliari ed eroga le prestazioni di cui sopra con le modalità previste dalla normativa di riferimento.

4. PIANO TRIENNALE CURE DOMICILIARI (ADEMPIMENTI EX ART. 22 DPCM "CURE DOMICILIARI" DEL 12/01/2017)

4.1 Obiettivi

- Incremento dei volumi di produzione delle Cure Domiciliari con crescita graduale del Budget, con le modalità previste dalla normativa;
- Incremento della capillarità nei distretti
- Incremento del numero di operatori per il raggiungimento del punto 1 e 2
- Adeguamento requisiti per l'eventuale erogazione di prestazioni in Telemedicina
- Garantire la presa in carico nei termini previsti dalla normativa;
- Garantire l'erogazione prevista dal PAI o PRI;
- Garantire la disponibilità di informazioni alle famiglie, ai pazienti, agli altri attori delle Cure Domiciliari;
- Supportare il paziente e la famiglia, sia in termini di cura, sia informando circa la presenza degli altri servizi (es. RSA, CDI, RSA-aperta, cure Palliative Domiciliari, SAD, Centrali Operative Territoriali, Case di Comunità, ...);
- Garantire la corretta dimissione degli assistiti, nel rispetto della Continuità Assistenziale.

4.2 Pianificazione e Programmazione

- Annuale della Unità d'Offerta
 - Definizione di obiettivi, indicatori e risultati: si rimanda al Documento Organizzativo nell'apposita sezione degli obiettivi ed interventi;
 - Gestione del rischio clinico: audit su Fascicoli Sanitari, valutazione del grado di soddisfazione degli utenti, audit clinico;
- Dell'erogazione
 - Secondo quanto previsto dal Progetto Individuale;
 - Nei tempi previsti dalla normativa;
 - Con rivalutazione eventuale a seguito di mutate condizioni cliniche

4.3 Sistemi di relazione

Al fine di garantire la migliore sinergia degli attori coinvolti nel processo di cura, ogni qual volta fosse necessario, le informazioni contenute nel FASAS saranno messe a loro disposizione. Gli attori sono: Medici di Medicina Generale, Rete dell'emergenza/urgenza, Pediatri di Libera Scelta, Servizi di continuità delle cure, Servizi dimissioni protette, Infermiere di famiglia e di comunità, Centrale operativa territoriale, ASST.

4.4 Modalità di coordinamento

Il Responsabile Sanitario svolge le funzioni di coordinamento e parteciperà alla rete dei servizi, Rete di cure palliative, Rete di cure palliative pediatriche, Rete di terapia del dolore, Rete di terapia del dolore pediatrica secondo le indicazioni che saranno fornite.

Circa gli aspetti sociali della presa in carico, saranno gestite dal Referente per i rapporti con gli uffici di protezione giuridica delle ASST, Comuni, centri per l'assistenza, per la comunicazione con il territorio.

Il coordinamento con l'Equipe di Valutazione Multidimensionale, con l'Ospedale di Comunità, la Casa di Comunità, la Centrale Operativa Territoriale, è svolta dal Resp. di servizio.

5. PROGRAMMAZIONE ANNUALE

5.1 Erogazione e dotazione organica

Nell'anno 2023 l'Azienda ha avuto in carico circa 557 pazienti, sono state erogate 19.249 prestazioni così suddivise:

16.323 prestazioni infermieristiche

2.926 prestazioni riabilitative

Per l'anno 2024 l'Azienda ha come obiettivo di consolidare le erogazioni di cui sopra nonché implementare la capillarità territoriale e un conseguente aumento del Budget.

Per l'anno 2024 la dotazione organica prevista per le Cure Domiciliari è la seguente:

| FIGURA PROFESSIONALE | Ore erogate alla settimana |
|---|----------------------------|
| N. 1 RESPONSABILE MEDICO, MEDICO GERIATRA | 3 |
| N.1 RESPONSABILE SERVIZIO | 30 |
| N.1 REFERENTE PER LE RELAZIONI CON IL TERRITORIO | 1 |
| N.1 RESPONSABILE INFERMIERISTICO | 5 |
| N. 1 MEDICO FISIATRA | A chiamata |
| N. 7 INFERMIERI | 44 |
| N. 8 TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE | 20 |
| N. 1 PSICOLOGO | A chiamata |
| N. 5 OSS | A chiamata |
| N. 1 DIETISTA | A chiamata |

Si precisa che la dotazione è funzionale alle attuali esigenze, sarà adeguata in base alle richieste, alla tipologia dei pazienti ed alle nuove esigenze.

5.2 Telemedicina

Per lo svolgimento delle cure in modalità di Telemedicina si rimanda al documento "Telemedicina Adempimenti".

6. PROGRAMMA ANNUALE - ANALISI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI SPECIFICI 2023 RSA (PER LA DESCRIZIONE SI RIMANDA AI DOCUMENTI ORGANIZZATIVI 2023 CHE CONTENGONO I PROGRAMMI ANNUALI)

OBIETTIVO 1 – adempiere ai requisiti nuova DGR 6867/22

INTERVENTO 1: dematerializzare FASAS

INDICATORE 1: attuazione entro agosto 2023: **RAGGIUNTO**

INTERVENTO 2: introduzione scheda valutazione del personale

INDICATORE 2: stesura modello entro febbraio 2023: **RAGGIUNTO**

INTERVENTO 3: adeguamento piano di lavoro del personale (adozione agenda condivisa)

INDICATORE 3: attuazione entro febbraio 2023: **RAGGIUNTO**

7. PROGRAMMA ANNUALE - DEFINIZIONE OBIETTIVI 2024 E PIANO DI MIGLIORAMENTO

OBIETTIVO 1 – Garantire il completo ciclo di vita del fascicolo (FASAS) CDOM digitalizzato

INTERVENTO: Attualmente l'Unità di valutazione non ha completato l'inserimento nell'applicativo di tutti i titoli in carico. Quindi occorre procedere con controllo degli accessi con agenda condivisa, controllo inserimento PAI e Scale, coordinamento con ASST per inserimento rinnovi ed attivazioni, affinché tutti i fascicoli vengano completati come da requisiti di appropriatezza.

INDICATORE: completa operatività del fascicolo digitalizzato entro 31/12/2024.

OBIETTIVO 2 – Aumentare restituzioni questionari

INTERVENTO: Attualmente la customer 2023 ha avuto una scarsissima restituzione di risposte. Nel 2024 si vuole sensibilizzazione utenti, familiari e operatori per migliorare i risultati del questionario

INDICATORE: N. questionari restituiti ≥ 40

OBIETTIVO 3 – Saturazione del budget assegnato

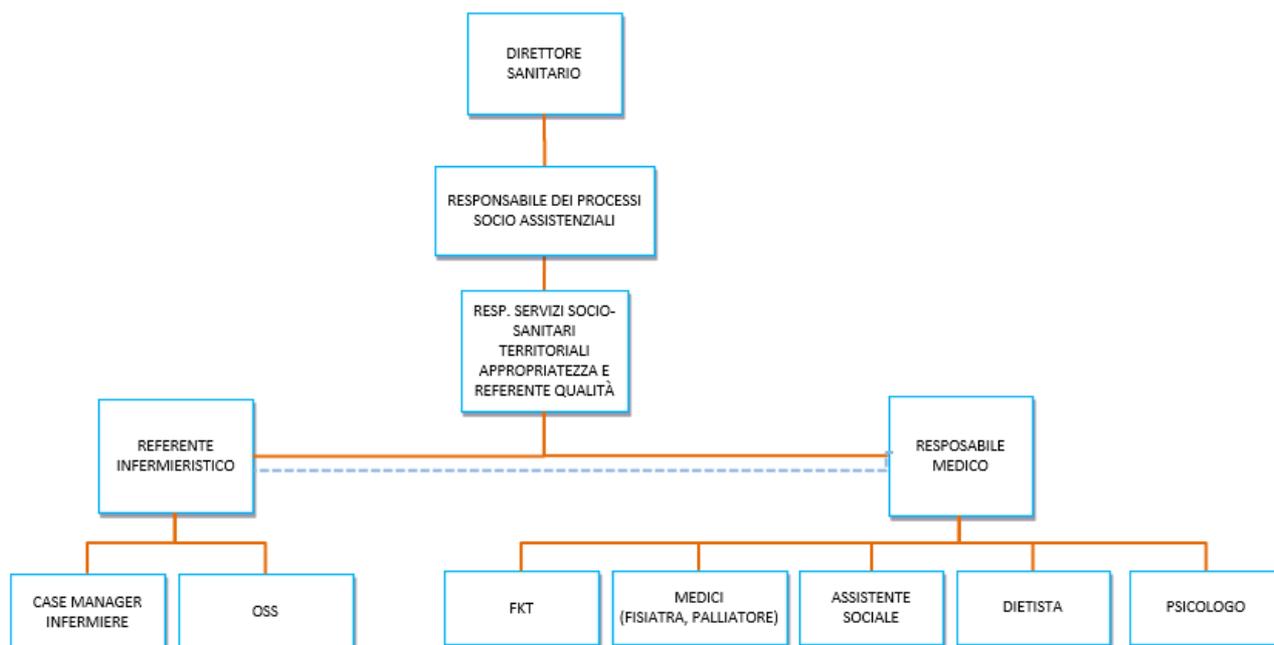
INTERVENTO: Monitoraggio e programmazione erogazione, controllo periodico schede budget

INDICATORE: Scostamento massimo dal Budget 3%

U.C.P. DOM

1. ASSETTO ORGANIZZATIVO U.C.P. DOM

1.1 Organigramma



1.2 Funzionigramma

L'Equipe del servizio è costituita secondo quanto previsto dalla Delibera di Regione Lombardia sui requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle Unità di offerta.

Per la descrizione delle funzioni delle seguenti figure professionali si fa rinvio al documento organizzativo - parte generale:

- Direttore Sanitario
- Responsabile dei Processi socio assistenziali
- Care Manager/Responsabile del Servizio Socio-Sanitario Territoriale, Appropriatelyzza e referente qualità
- Infermieri
- OSS
- FKT
- Fisiatra
- Dietista

Sono inoltre assicurati i profili professionali di fisioterapista, dietista e assistente sociale ed eventuali altre figure attivabili in funzioni dei bisogni degli utenti in carico ed in base al PAI.

Per le figure di Fisioterapista, dietista, OSS e Responsabile Medico si rimanda al Documento Organizzativo Parte Generale.

Il personale medico ed infermieristico è dedicato prevalentemente all'attività di cure palliative.

Nell'equipe ci sono anche le figure del referente clinico (Palliativista) e di Case manager (infermiere) identificati per ogni singolo utente in carico.

Di seguito si elencano le principali funzioni per ciascun profilo professionale.

Case Manager

Ha funzione di coordinamento del percorso individuale dell'utente e del suo nucleo familiare ed è referente della continuità del percorso stesso. La figura professione identificata è l'infermiere. Supervisiona tutti i processi assistenziale, partecipa alla stesura PAI. Collabora con tutte le figure sanitarie e socio - sanitarie per il benessere psicofisico dell'utente. Si attiene ai protocolli, procedure ecc. aziendali.

Psicologo

Attività disciplinata dal codice deontologico, Testo approvato dal Consiglio Nazionale dell'Ordine ai sensi dell'art. 28, comma 6 lettera c) della Legge n. 56/89, in data 15-16 dicembre 2006, modificato in data 8 luglio 2009. Lo psicologo è un professionista della salute che utilizza specifici metodi e tecniche. Offre sostegno psicologico al paziente e supporto ai famigliari. Offre un servizio di supporto al lutto ai familiari per un periodo limitato che l'azienda ha identificato in una settimana circa, con eventuale successivo affidamento ai servizi territoriali o associazioni di volontariato, nel caso ve ne sia bisogno. I colloqui svolti presso la sede operativa sono registrati nella documentazione sanitaria. Partecipa all'elaborazione e attuazione del PAI ed all'aggiornamento del FASAS. Collabora con tutte le figure sanitarie e socio - sanitarie per il benessere psicofisico dell'utente. Si attiene ai protocolli, procedure, ecc. aziendali.

Palliativista e Responsabile Medico

Medico palliativista di riferimento per ogni malato/utente assistito. È responsabile del programma diagnostico terapeutico dell'utente e punto di riferimento per l'utente stesso ed il suo nucleo familiare. Definisce il PAI in condivisione con l'équipe multiprofessionale e multidisciplinare sulla base della valutazione multidimensionale. Si attiene ai protocolli, procedure ecc. aziendali.

Specialista nella terapia del dolore propone i trattamenti terapeutici - assistenziali adeguati. Affianca gli infermieri nella gestione al domicilio del paziente; consulta e coinvolge il medico di base.

Assistente Sociale

Per quanto concerne il servizio l'assistente sociale svolge le seguenti funzioni:

- di supporto sociale a utenti e familiari
- di funzione di orientamento e informazione

- di assistenza tutelare (amministrazioni di sostegno, tutele giuridiche ecc.) e per i contatti con gli uffici territoriali predisposti in collaborazione con il Care Manager
- partecipa all'elaborazione e attuazione del PAI ed all'aggiornamento del FASAS
- collabora con tutte le figure sanitarie e socio - sanitarie per il benessere psicofisico dell'utente
- si attiene ai protocolli, procedure, ecc. aziendali

Tutti gli operatori che svolgono il loro intervento nel servizio sono incaricati al trattamento dati in tema di privacy.

1.3 Modalità di erogazione del servizio

Modalità di accesso alla rete e tempi massimi della presa in carico

Il processo di presa in carico del malato e della sua famiglia è orientato a garantire percorsi semplificati, tempestivi e flessibili che si ottempera attraverso un percorso specifico che prevede:

- segnalazione alla Rete Locale delle Cure Palliative a seguito di:
 - o dimissione protetta dalla struttura di ricovero, a seguito della valutazione del medico palliativista della struttura stessa
 - o proposta di un medico specialista
 - o proposta del MMG di famiglia
 - o accesso diretto da parte dell'utente o del caregiver
 - o segnalazione dei servizi sociali
- colloqui di valutazione della segnalazione svolta alla presenza dei familiari e se possibile dell'utente, per l'individuazione del più appropriato setting assistenziale (nodo della rete più idoneo) e la verifica della presenza dei criteri di eleggibilità definiti nella DGR 4610/2012. L'utente o il familiare viene contattato telefonicamente per definire la data del colloquio che avviene entro le 24 ore dalla segnalazione di norma in sede aziendale in luogo identificato. L'eventuale avvio prevede la condivisione con il nucleo familiare /utente in base al livello di conoscenza e consapevolezza della diagnosi e prognosi della malattia e l'individuazione dell'équipe professionale e del referente clinico e Case Manager di riferimento al fine di garantire la continuità del rapporto con l'utente e la famiglia
- prima visita/accesso dell'équipe a domicilio per la validazione della presa in carico e Valutazione Multidimensionale. La prima visita avviene entro 48 ore dal colloquio, salvo differenti esigenze espresse dalla famiglia
- definizione del Piano di assistenza individuale (PAI). La redazione del PAI avviene entro 72 ore dalla prima visita
- in sede di presa in carico il medico definisce dopo la valutazione dei bisogni, il setting assistenziale settimanale di tutte le figure che partecipano al PAI.

Orario minimo di funzionamento

La segreteria è attiva dalle ore 9:00 alle ore 17:00 per cinque giorni settimanali, dal lunedì al venerdì.

È attivo il servizio di segreteria telefonica 24 ore su 24 con la possibilità di lasciare messaggi.

Recapiti:

Telefono n. 0377 7710

Indirizzo e-mail info@assc.it

Il Responsabile del servizio è dotato oltre che dal telefono fisso diretto della sede anche di telefono cellulare aziendale, riferimento telefonico 366 9082360.

Continuità assistenziale

Ad ogni utente preso in carico vengono fornite tutte le informazioni sopra, la composizione dell'equipe medico infermieristica assegnata con relativi cellulari e numero telefonico per la pronta disponibilità medica e infermieristica nelle 24h, 7 giorni su 7.

Giornate di erogazione e copertura del servizio: fascia oraria giornaliera è dal lunedì alla domenica dalle ore 8:00 alle ore 20:00 (365 giorni/anno), durante la quale vengono fornite attività di tipo clinico ed assistenziale programmate. La pronta disponibilità è garantita nelle 24 ore anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o caregiver in funzione del PAI.

L'operatore in pronta disponibilità è in grado di norma di garantire l'intervento al domicilio entro 30 minuti.

La pronta disponibilità sarà assicurata anche avvalendosi sinergie con la rete locale delle cure palliative.

Ambito territoriale

Il Servizio di UCP - Dom è rivolto agli utenti residenti nella Provincia di Lodi facenti parte del distretto ATS corrispondente al territorio dell'ASST Lodi, intero territorio.

La sede

La sede operativa delle Cure Domiciliari è a Casalpuusterlengo (LO) in via Fleming n. 2.

Telefono n. 0377 7710

Indirizzo e-mail info@assc.it

All'esterno sono posizionati cartelli che indicano gli orari di apertura, i riferimenti telefonici necessari ad attivare il servizio. Al piano terreno si trova l'ufficio URP ove ha sede anche la segreteria del servizio.

La documentazione Sanitaria contenente il PAI ed il diario assistenziale degli assistiti vengono conservati nell'ufficio del Care Manager (uffici) e nell'archivio centrale della struttura in conformità al D.Lgs. 196/03 in materia di privacy e secondo protocolli interni.

All'interno della struttura esiste un locale destinato allo stoccaggio dei beni sanitari ad uso del servizio. I taglienti utilizzati dal personale dell'ASSC sono dotati di dispositivi di sicurezza.

L'azienda garantirà la fornitura diretta dei farmaci e dei dispositivi medici, presidi e ausili. La fornitura di protesica maggiore avverrà secondo le procedure regionali in essere.

Il personale operante nel servizio è prevalentemente in regime di libera professione, con propri mezzi di trasporto. I dpi sono forniti da ASSC. Gli operatori sono dotati di adeguati mezzi di comunicazione.

Per il personale fornito da cooperative la fornitura delle divise, DPI dei mezzi di trasporto e di comunicazione, sono a carico del titolare del contratto di lavoro. Tutti gli operatori sono dotati di tesserino di riconoscimento.

Per permettere un'adeguata comunicazione in tempo reale con tutti gli operatori l'Azienda ha attivato un gruppo di WhatsApp con cui vengono comunicate informazioni operative di immediata utilità.

Altro strumento utilizzato è la posta elettronica. L'Azienda ha messo a disposizione per tutti gli operatori una postazione PC per gli adempimenti aderenti al servizio, con possibilità di un collegamento remoto con il server Aziendale.

L'Azienda assicura che è dotata di struttura organizzativa in grado di rispondere al debito informativo nei confronti dell'ATS e di Regione Lombardia.

Diritti dell'assistito/malato e dei suoi familiari sono:

- di essere assistito e tutelato;
- di ricevere informazioni chiare e precise sulle attività del servizio con attuazione al principio di trasparenza (carta dei servizi, brochure del servizio riferimenti telefonici, indirizzo, ecc.)
- al rispetto della persona, della sua dignità e della privacy
- esporre reclamo ed a essere informato sugli esiti dello stesso con le modalità previste dalla procedura interna "Gestione Reclami"
- di poter richiedere ed ottenere una copia del FASAS, conforme all'originale secondo procedura interna "gestione FASAS servizi domiciliari". La richiesta può essere fatta dall'utente o da familiare avente diritto in forma scritta al servizio. Entro sette giorni dalla data registrata nel protocollo l'Ente è tenuto alla consegna dei documenti richiesti.

Si segnala inoltre che l'Azienda ha in essere apposita polizza assicurativa per la Responsabilità civile per coprire eventuali danni agli utenti o altri soggetti.

2. OBIETTIVI DELL'UNITÀ D'OFFERTA, SERVIZI EROGATI E POPOLAZIONE POTENZIALMENTE INTERESSATA

2.1 Mission/Obiettivi

Tra i servizi gestiti dall'Azienda si trova l'Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP - Dom) che garantisce interventi di base ed interventi specialistici sulla base della differente intensità assistenziale necessaria per rispondere adeguatamente ai bisogni dei malati e delle loro famiglie.

Il servizio farà parte della Rete Locale di Cure Palliative che verrà costituita da parte dell'ATS.

La Rete locale di Cure Palliative rappresenta un insieme funzionale di nodi erogativi, coinvolti nel percorso assistenziale di Cure Palliative che si integra all'interno del percorso di cura, relativamente

all'ultima fase di vita dell'utente adulto cronico e/o fragile e della rete materno infantile per le specificità pediatriche.

I nodi o livelli assistenziali della rete sono:

- Assistenza ospedaliera diurna (day hospital o day hospice)
- Assistenza ospedaliera ambulatoriale
- Assistenza residenziale in Hospice
- Assistenza domiciliare UCP - Dom

L'UCP - Dom (anche pediatriche) è uno dei nodi della Rete locale di Cure Palliative ed opera al suo interno in modo organizzato e coordinato con il fine di:

- curare la salute psico-fisica dell'utente e delle sue relazioni socio-affettive;
- garantire un approccio globale alla persona favorendo un percorso assistenziale umano e partecipato;
- promuovere la dignità della persona malata e la qualità della vita con particolare attenzione agli aspetti soggettivi ed alle condizioni di fragilità sociale, familiare ed economica;
- garantire un sostegno psicologico, relazionale all'utente ed alla famiglia;
- garantire un supporto consulenziale in ambito di ricovero ospedaliero, unità d'offerta sociosanitarie residenziali per anziani e disabili e tra i nodi della Rete locale di Cure Palliative.

Nel servizio sono presenti ed applicati tutti i protocolli, procedure, ecc. richiesti dalle normative di accreditamento.

L'organizzazione del servizio e la formazione del personale, inerenti le cure palliative, le cure palliative pediatriche e la terapia del dolore, rispettano la normativa e le linee guida regionali e nazionali.

2.2 Popolazione interessata

L'UCP - Dom è rivolto a persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo con ridotta aspettativa di vita per le quali non esistono terapie o se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

2.3 Servizi erogati

È un insieme di prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, aiuto assistenziale, assistenza tutelare e sostegno spirituale, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci, dei dispositivi medici, presidi ed ausili previsti dal Piano assistenziale individuale (PAI), nonché dei preparati per nutrizione artificiale.

3. PROGRAMMAZIONE ANNUALE

3.1 Erogazione e dotazione organica

Per l'anno 2024 si prevede la seguente dotazione organica:

| FIGURA PROFESSIONALE | Ore erogate alla settimana |
|--------------------------------|----------------------------|
| CARE MANAGER | 1 |
| PALLIATIVISTA | 1 |
| INFERMIERI | 7 |
| TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE | 8 |
| PSICOLOGO | 1 |
| OSS | 3 |
| DIETOLOGA | 1 |
| ASSISTENTE SOCIALE | 1 |

Si precisa che la dotazione è funzionale alle attuali esigenze, sarà adeguata in base alle richieste, alla tipologia dei pazienti ed alle nuove esigenze.

3.2 Telemedicina

Per lo svolgimento delle cure in modalità di Telemedicina si rimanda al documento "Telemedicina Adempimenti".

4. PROGRAMMA ANNUALE - ANALISI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI SPECIFICI 2023 RSA (PER LA DESCRIZIONE SI RIMANDA AI DOCUMENTI ORGANIZZATIVI 2023 CHE CONTENGONO I PROGRAMMI ANNUALI)

OBIETTIVO 1 – Dematerializzazione FASAS

INTERVENTO 1: introduzione del fascicolo digitale

INDICATORE 1: attuazione entro 31/12/2023: **NON RAGGIUNTO**; il gestionale non ha consentito di eseguirlo

OBIETTIVO 2 – incremento numero assistiti

INTERVENTO 2: promozione dell'Ente

INDICATORE 2: numero assistiti > 0: **RAGGIUNTO** con n.1 pazienti

5. PROGRAMMA ANNUALE - DEFINIZIONE OBIETTIVI 2024 E PIANO DI MIGLIORAMENTO

OBIETTIVO 1 – incremento numero assistiti

INTERVENTO: promozione dell'Ente e reperimento secondo palliativista

INDICATORE: numero assistiti > 0