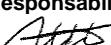


# MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE Centro” S.Maria al Monte “

(parte integrante del Manuale del Sistema di Gestione della Fondazione)

## Progetto Riabilitativo di Struttura

RV5

REDAZIONE	
Data	Funzione Visto
Gennaio 2023	Augusto Melotto Responsabile Qualità di Centro 

VERIFICA e APPROVAZIONE	
Data	Funzione
Gennaio 2023	Federica Piazzolla Responsabile di Struttura 

## Sommario

PREMESSE .....	3
Organizzazione del manuale .....	5
PARTE GENERALE .....	5
Presentazione della Fondazione .....	5
La storia .....	5
La nostra missione - La nostra visione .....	6
La politica della qualità – Far bene il bene .....	6
Descrizione Organizzativa del Centro .....	7
PARTE SPECIFICA .....	9
La storia della struttura .....	9
Contesto e parti interessate .....	9
Descrizione della struttura .....	11
Planimetria .....	12
Organigramma della struttura territoriale .....	13
Organigramma della sicurezza del Centro .....	14
Descrizione delle unita' di offerta .....	15
Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) .....	15
Nucleo di Cure Intermedie .....	15
Servizio di Assistenza Riabilitativa ambulatoriale e domiciliare .....	15
Sintesi unita' di offerta della Struttura .....	16
Metodologie dell'intervento riabilitativo .....	17
RSA .....	17
Cure intermedie .....	18
Riabilitazione ambulatoriale e domiciliare .....	19
Gestione del rischio .....	21
Gestione del rischio sanitario .....	21
Campo di applicazione e elenco dei processi .....	22
Processi decisionali e di supporto .....	22
Processi di produzione/ erogazione di prestazioni e servizi .....	22
Risorse umane e CCNL .....	23
Allegati: .....	24

## PREMESSE

Il presente Manuale e i documenti allegati e collegati integrano e completano il Manuale del Sistema di Gestione della Fondazione (MSGF).

Il presente Manuale corrisponde inoltre al Progetto Riabilitativo di Struttura (P.R.S.).

La redazione, approvazione, applicazione e aggiornamento del presente documento sono responsabilità del Direttore / Responsabile di Presidio e del Responsabile di Struttura; il suo contenuto è verificato con scadenza triennale.

Il documento:

- ✓ descrive l'assetto organizzativo della Struttura,
- ✓ definisce le responsabilità ad esso collegate.
- ✓ identifica e classifica i processi gestiti nella struttura territoriale
- ✓ declina a livello locale il Modello Organizzativo della Fondazione.

Il documento riassume le scelte organizzative operate dalla Direzione nell'esercizio delle responsabilità collegate al proprio ruolo, così come definite nel Regolamento Generale di Organizzazione e attribuite in specifiche deleghe e procure anche riferendosi a quanto espresso nei paragrafi del MSGF.

La struttura organizza e pianifica le attività di realizzazione dei prodotti / servizi rispondendo alle specifiche di riferimento, normative e di legge, ai termini dei contratti accesi e agli standard individuati dalla Fondazione.

La Fondazione, a livello centrale, esprime indicazioni ed indirizzi il cui scopo è quello di garantire standard di base comuni alle diverse strutture territoriali; fra questi sono individuati gli "elementi essenziali" che caratterizzano l'organizzazione indipendentemente dalla sede di erogazione di prestazioni e servizi.

A livello di Presidio e di Struttura sono declinati e contestualizzati con la finalità ultima di strutturare un sistema di gestione integrato.

Fra i diversi requisiti di carattere organizzativo, gestionale e tecnico-professionale relativi ai prodotti, ai servizi e alle prestazioni erogate, la Fondazione ne ha individuati alcuni il cui presidio ritiene sia fondamentale nella economia generale del sistema.

Tali requisiti rappresentano un momento di integrazione fra i diversi modelli gestionali:

- ✓ accreditamento
- ✓ modello organizzativo ex. D.lgs. 231
- ✓ sicurezza dei lavoratori
- ✓ sicurezza del paziente
- ✓ qualità
- ✓ percorsi all'eccellenza

I requisiti sono descritti nella tavola “Elementi essenziali della Qualità” di seguito riportata estratta dal MSGF

ELEMENTI ESSENZIALI DELLA QUALITÀ'				
Processi di Direzione (comando) e Responsabilità	Competenze e capacità del personale	Sicurezza ambientale per personale e pazienti	Attenzione alle cure	Miglioramento della sicurezza e qualità
Identificazione delle relazioni direzionali e delle responsabilità	Fascicolo personale e Job Description per tutto il personale.	Ispezioni regolari degli edifici	Corretta identificazione del paziente	Registrazione degli eventi avversi
Identificazione delle responsabilità relative a verifiche e controlli	Pianificazione della Formazione Continua del personale	Abbattimento delle barriere	Processo organico di informazione ai trattamenti e raccolta del Consenso.	Analisi degli eventi avversi
Identificazione delle responsabilità relative a qualità e sicurezza	Formazione Manageriale dei dirigenti	Controllo dei materiali pericolosi	Valutazione medica ed infermieristica/tecnica completa ed aggiornata per tutti i pazienti.	Controllo (Monitoraggio) dei processi ad alto rischio
Gestione partecipata (collaborative management ) Incontri periodici e documentati dei team	Revisione periodica delle credenziali di tutto il personale sanitario	Programma di sicurezza antincendio	Disponibilità ed affidabilità dei servizi di laboratorio	Individuazione e monitoraggio dei pazienti ad alto rischio.
Sorveglianza dei fornitori/contratti	Inserimento al lavoro del personale.	Sicurezza degli apparecchi elettromedicali	Disponibilità affidabilità e sicurezza dei servizi diagnostici per immagini	Controllo della soddisfazione dei pazienti
Integrazione fra qualità e gestione del rischio	Sorveglianza di studenti e personale in training	Continuità negli approvvigionamenti elettrico ed idrico	Progettazione e pianificazione scritta degli interventi riabilitativi	Controllo della soddisfazione del personale
Compliance con leggi e regolamenti	Training alle pratiche di rianimazione	Presenza di piani per la gestione delle emergenze	Registrazione e tracciabilità di tutte le attività sanitarie condotte	Gestione organica dei reclami
Registrazione e tracciabilità di tutte le attività amministrative	Educazione del personale alla sicurezza sul posto di lavoro	Coordinamento di programmi di prevenzione monitoraggio e controllo delle infezioni e loro riduzione	Utilizzo appropriato e sicuro di farmaci e medicazioni	Disponibilità ed uso di linee guida e percorsi
Politiche e procedure per la cura dei pazienti ad alto rischio	Educazione del personale alla prevenzione e al controllo delle infezioni	Utilizzo regolamentato dei mezzi di protezione individuale	Educazione dei pazienti e loro partecipazione alle cure.	Monitoraggio dei risultati clinici
Identificazione delle responsabilità e dei metodi per il mantenimento dei requisiti del cliente	Comunicazione fra il personale di cura e assistenza	Smaltimento appropriato di rifiuti potenzialmente infetti Smaltimento appropriato di taglienti e pungenti	Attenzione alla misurazione e al controllo del dolore	Comunicazione al personale delle informazioni relative a qualità e sicurezza
	Valutazione periodica del clima aziendale	Sorveglianza dei soggetti sottoposti a progetti di ricerca	Garanzia della continuità delle cure	Impegno ai diritti di pazienti e familiari

## Organizzazione del Manuale

Il presente Manuale del Sistema di Gestione del Centro/Struttura, parte integrante del Manuale del Sistema di Gestione della Fondazione, si configura come presentazione della Struttura e contiene direttamente nel corpo del testo o sottoforma di allegati:

Una Parte Generale con :

- ✓ Presentazione della Fondazione
- ✓ Mission, Vision e Politica della qualità dell'organizzazione
- ✓ Descrizione organizzativa del Presidio di appartenenza
- ✓ Organigramma del Presidio

Una Parte Specifica con

- ✓ Organigramma della struttura
- ✓ Campo di applicazione del Sistema
- ✓ Sintesi dei processi e loro interrelazioni
- ✓ Descrizione generale delle unità d'offerta della struttura con le modalità di erogazione delle prestazioni
- ✓ Segmentazione dei clienti
- ✓ Schede di responsabilità per ognuna delle Unità Organizzative
- ✓ Job Description delle figure con responsabilità
- ✓ Elenco dei documenti attivi (prescrittivi) della struttura (amministrativi e sanitari)
- ✓ Elenco dei documenti di registrazione
- ✓ Tavola dei flussi informativi
- ✓ Tavola degli indicatori
- ✓ Tavola Mappa o Piano dei Controlli
- ✓ Carte dei Servizi o presentazione e cataloghi delle prestazioni

## PARTE GENERALE

### Presentazione della Fondazione

#### La storia

**Il Fondatore** - Don Carlo Gnocchi, nato a San Colombano al Lambro (MI) il 25 ottobre 1902, Carlo Gnocchi viene ordinato sacerdote nel 1925. Assistente d'oratorio per alcuni anni, è poi nominato direttore spirituale dell'Istituto Gonzaga dei Fratelli delle Scuole Cristiane. Allo scoppio della guerra si arruola come cappellano volontario e parte, prima per il fronte greco-albanese, e poi, con gli alpini della Tridentina, per la campagna di Russia. Nel gennaio del '43, durante la ritirata del contingente italiano, cade stremato ai margini della pista dove passava la fiumana dei soldati; raccolto da una slitta, si salva miracolosamente. In quei giorni, assistendo gli alpini feriti e morenti e raccogliendone le ultime volontà, matura in lui l'idea di realizzare una grande opera di carità, che troverà compimento, a guerra finita, nella Fondazione Pro Juventute.

Muore il 28 febbraio 1956. L'ultimo suo gesto è la donazione delle cornee a due ragazzi non vedenti, quando ancora in Italia il trapianto d'organi non era regolato da apposite leggi. Il 20 dicembre 2002 il Papa lo dichiara Venerabile. Il 25 ottobre 2009 Don Carlo Gnocchi diventa ufficialmente Beato.

**La Fondazione** - Istituita oltre mezzo secolo fa per assicurare cura, riabilitazione ed integrazione sociale ai mutilatini, la Fondazione ha ampliato nel tempo il proprio campo d'azione ai ragazzi affetti da complesse

patologie acquisite e congenite, portatori di handicap e a pazienti di ogni età, che necessitano di interventi riabilitativi specialistici ed avanzati in ambito neurologico, ortopedico, cardiologico e respiratorio.

Dal 1963 la Pro Juventute, che dal '57 era diventata "Fondazione Pro Juventute Don Carlo Gnocchi", è andata estendendo la sua presenza sul territorio nazionale sino ad essere presente in nove regioni. Dall' 81 la Fondazione ha compreso nella propria azione l'assistenza alle persone anziane, in prevalenza non autosufficienti (diventando formalmente nel '98 "Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus"), e negli ultimi anni anche ai malati oncologici terminali e a pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite e in stato vegetativo.

A più di cinquant'anni dalla morte di Don Carlo Gnocchi, nessuna patologia invalidante è esclusa dallo spettro d'intervento della Fondazione. Attraverso convenzioni con Università e Centri di ricerca si è sviluppata l'attività scientifica e di ricerca della Fondazione; tali rapporti hanno contribuito a rendere la Fondazione stessa un modello a livello internazionale di struttura pilota completa e autonoma sul piano della ricerca e delle terapie riabilitative. Nel 1991 è stato ottenuto il riconoscimento, per il Centro "S. Maria Nascente" di Milano, di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto privato.

Nell'agosto del 2000 tale riconoscimento IRCCS è stato esteso anche al Centro "S. Maria agli Ulivi" di Pozzolatico (ora IRCCS Don Gnocchi Firenze).

Oggi la Fondazione Don Carlo Gnocchi è un'organizzazione complessa che si caratterizza per la pluralità di offerta, di competenze, di strutture in relazione con il panorama sanitario e socio-assistenziale nazionale e internazionale.

### **La Nostra Missione - La Nostra Visione**

Accanto all'erogazione di prestazioni sanitarie la Fondazione Don Carlo Gnocchi si sente chiamata alla promozione e alla realizzazione di una "nuova cultura" di attenzione ai bisogni dell'uomo.

Ciò per "farci carico" della persona nella sua dimensione globale ponendola al centro delle nostre attività di assistenza, cura, riabilitazione, ricerca, formazione.

La Fondazione considera come proprio target prioritario i soggetti che si trovano in stato di maggior bisogno, ricercando nell'approccio anche soluzioni innovative e sperimentali.

La Fondazione vuole dare voce ai sofferenti, agli anziani, ai disabili e far diventare le loro istanze motivo di riflessione per tutti e da parte di tutti, promuovendo una prossimità che continua a farsi storia.

La complessità della società e delle modalità di intervento in campo riabilitativo impongono un approccio interdisciplinare e un lavoro di équipe in cui le diverse parti interessate cooperano alla costruzione di risposte idonee ai bisogni di chi è in situazione di necessità garantendo appropriatezza e continuità del processo assistenziale.

Di qui l'impegno a sviluppare la nostra identità e presenza nel quadro dell'ordinamento sanitario e socio-assistenziale:

- ✓ ispirandoci ai principi della carità cristiana e della promozione integrale della persona;
- ✓ declinando nell'oggi i valori di Don Carlo Gnocchi, da sempre riferimento ideale e ispirativo per ogni ripensamento operativo e per future progettualità a livello nazionale e internazionale;
- ✓ stabilendo opportune forme di collegamento, partecipazione e cooperazione con istituzioni aventi analoghe finalità;
- ✓ privilegiando il rapporto con le espressioni di volontariato

### **La Politica della Qualità' – Far Bene il Bene**

Dal Manuale del Sistema di Gestione Di Fondazione

La Politica della Qualità della Fondazione (impegni e macro obiettivi) trova il suo fondamento nella traduzione pratica degli impegni espressi nella **carta dei valori**.

Il cardine della politica della qualità è nell'approccio di presa in carico globale della persona, basato sull'attenzione ai suoi bisogni, sulla capacità di gestire le fragilità, le debolezze e le sofferenze. Questo

approccio distintivo di fare le cose vuole essere il punto di forza della Fondazione e l'elemento distintivo vincente nel confronto con i competitori.

Ne derivano in particolare tre **macro obiettivi della qualità, comuni** a tutte le attività svolte in Fondazione

✓ **Promuovere la centralità della persona, salvaguardarne la dignità, valorizzarne le potenzialità.**

*La conduzione di ogni attività e processo pone al centro la persona, intendendo con questo l'attenzione al cliente esterno (utente/ospite) al cliente interno e alle persone che a diverso titolo prestano opera per l'organizzazione.*

*La risposta più efficace alle esigenze dell'utente (cliente esterno) scaturisce dalla ricerca continua di metodologie e approcci efficaci e appropriati e nel contempo da scelte organizzative e gestionali orientate alla massima attenzione alla persona, alla garanzia della presa in carico, della continuità delle cure e dell'assistenza e alla prevenzione di danni a carico di pazienti, ospiti, utenti, visitatori e lavoratori.*

*L'attenzione al cliente interno si manifesta attraverso la disponibilità alla collaborazione e lo spirito di servizio, ponendo l'interesse finale del risultato prima di ogni considerazione e interesse personale e leggendo l'organizzazione come un insieme di attività in grado di generare valore aggiunto sia positivo sia negativo. L'attenzione alle risorse umane è tesa a liberare la capacità e l'iniziativa del singolo, svilupparne le competenze, sfruttare al meglio le attitudini e a valorizzare la capacità progettuale delle varie aggregazioni operative dai centri alle singole unità d'offerta.*

✓ **Perseguire il miglioramento continuo, ricercare l'eccellenza.**

*Lo stile di lavoro che caratterizza la Fondazione in ogni sua attività si esplicita attraverso l'individuazione di "elementi distintivi", legati sia ai processi di erogazione di prestazioni e servizi, che a quelli gestionali e di supporto. Gli "elementi distintivi" sono le caratteristiche operative e d'azione che traducono nella pratica quotidiana i principi etici, i valori e i contenuti professionali di Fondazione, in questo acquisendo il meglio delle pratiche esistenti.*

*Tali elementi sono riportati nelle carte dei servizi e nei manuali e devono essere i punti di forza nel confronto con i nostri competitori; la nostra prima specifica di prodotto.*

*L'approccio ai processi di erogazione di prestazioni e servizi deve essere improntato al rifiuto della logica dell'autoreferenzialità, allo sviluppo di sistemi diffusi di autovalutazione e valutazione fra pari e all'apertura al confronto con l'esterno.*

✓ **Richiedere l'integrità dei comportamenti.**

*L'azione di chi è impegnato nelle attività svolte dalla Fondazione, anche nella veste di prestatore d'opera occasionale e fornitore, deve essere improntata al rispetto delle regole interne ed esterne (vedi modello organizzativo D.lgs.231 e Codice Etico) e alla condivisione e l'applicazione nella pratica quotidiana dei valori che distinguono l'organizzazione.*

Nell'ambito della sicurezza del paziente / utente Fondazione studia e sviluppa interventi organizzativi tesi a intercettare e contenere le possibili condizioni di rischio e sviluppa all'interno del sistema in una logica di massima integrazione una linea diffusa e capillare di intervento.

### Descrizione Organizzativa della Struttura

La struttura è presente nel territorio dei comuni di Malnate ( Centro S Maria al Monte – Via Nizza 6 ) e Varese ( ambulatorio " Villa Ponticaccia " - Via Buenos Aires 2 ) facenti parte dell'area di competenza dell'ATS Insubria

Il Centro “S. Maria al Monte” di Malnate garantisce, in regime di accreditamento con la Regione Lombardia, un’offerta di servizi così articolata:

Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani con 191 posti letto autorizzati RSA più 2 posti letto di sollievo; dei 191 posti letto autorizzati RSA, 176 sono accreditati e a contratto; dei restanti 15 posti letto autorizzati 11 sono al momento resi disponibili all’utenza in regime di solvenza.

Nucleo Di Cure Intermedie (ex Riabilitazione Generale e Geriatrica) di 20 posti letto autorizzati e accreditati (di cui 16 a contratto e 4 in regime di solvenza ).

Servizio di Assistenza Riabilitativa (SAR) Ambulatoriale e Domiciliare inclusivo del Servizio di Neuropsichiatria Infantile (NPI), le cui prestazioni vengono erogate negli ambulatori di Malnate e a Varese, accreditato e contrattualizzato per 36.100 trattamenti annui.

Il bacino territoriale su cui si estendono le attività del Centro “Santa Maria al Monte” di Malnate comprende essenzialmente i comuni di Malnate, Varese e limitrofi. In misura limitata le provincie di Como e Milano.

Il Centro “Santa Maria al Monte” di Malnate (VA) insieme al Centro “Santa Maria alle Fonti” di Salice Terme (PV) costituisce, in base ad affinità di tipologia di unità d’offerta, il Presidio Nord 4 della Fondazione Don Gnocchi

La struttura si avvale per quanto riguarda la gestione delle attività “core” e amministrative all’interfaccia con l’utente di personale assegnato in dipendenza gerarchica diretta dal Responsabile di Struttura; tutti i processi di supporto sono forniti in una logica cliente fornitore interno dalle Direzioni di Sede attraverso una rete di collaboratori in dipendenza gerarchica distribuiti sul territorio.

## PARTE SPECIFICA

### La Storia della struttura

Don Domenico Garrone, sacerdote della diocesi di Novara, nel 1942 utilizzò l'elegante villa di fine Ottocento, donata dalla famiglia Toselli, per dare avvio ad una importante attività caritativa verso gli anziani soli ed emarginati. Nasceva così l'Opera "Pio Istituto Carlo Toselli".

Alla morte del fondatore, avvenuta nel 1979, per volontà testamentaria l'Opera fu lasciata alla diocesi di Milano la quale, a sua volta, l'affidò alla Fondazione Pro Juventute.

Nel 1992 il Centro è entrato a far parte a tutti gli effetti della " Fondazione Don Gnocchi". Da allora la Fondazione ha potenziato la struttura della RSA e ha sviluppato i servizi offerti agli ospiti anziani non autosufficienti.

Dal 1995 è operativo anche un ambulatorio di riabilitazione. Il 2 settembre 1997, la struttura è stata denominata in via ufficiale Centro "Santa Maria al Monte".

Nell'anno 2008 il Centro ha ampliato il proprio raggio di azione con l'apertura di un ambulatorio di riabilitazione in via Buenos Aires 4 a Varese, denominato "Villa Ponticaccia".

Nel marzo dell'anno 2009 ha preso avvio l'attività di un nucleo di Cure Intermedie ( ex Riabilitazione Generale e Geriatrica) destinato ad accogliere 20 pazienti provenienti da Ospedali, Centri di riabilitazione specialistica o dal proprio domicilio.

Nell'anno 2011 sono stati completati i lavori di ristrutturazione avviati nell'anno 2004.

Il Centro "S. Maria al Monte", articola le sue attività in tre unità d'offerta:

- ✓ Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per anziani
- ✓ Nucleo di Cure Intermedie
- ✓ Servizio di riabilitazione Ambulatoriale e Domiciliare

### Contesto e parti interessate

Il Centro "S Maria al Monte " è profondamente radicato ed inserito nel contesto socio-assistenziale e nel tessuto sociale del territorio malnatese.

Erede ed evoluzione della preziosa attività assistenziale e caritatevole nata negli anni della seconda guerra mondiale per volontà di don Domenico Garrone grazie ai generosi lasciti della famiglia Toselli e di molti altri benefattori, rappresenta nella memoria e nelle vita di Malnate un essenziale punto di riferimento sentito e vissuto come parte integrante della propria identità dall'intera cittadinanza.

In anni più recenti la storica ed intrinseca vocazione solidaristica dell'istituzione si è sempre più orientata e connotata, in coerenza con i valori di Fondazione don Gnocchi, verso una presenza che fosse adeguata risposta ai bisogni ed alle necessità delle componenti più fragili e deboli della popolazione, tenuta debita considerazione del costante divenire del mutato quadro storico e sociale di riferimento .

In questa prospettiva è cresciuta l' attenzione assistenziale nei confronti degli anziani affetti da patologie cronicizzanti limitanti l'autonomia personale, delle persone bisognose di cure riabilitative, dei bambini e degli adolescenti affetti da patologie dello sviluppo neuropsicologico, affettivo e relazione.

Il numero degli interlocutori, coinvolti nella declinazione e nella realizzazione degli obiettivi istituzionali, si è di conseguenza allargato, giungendo nella realtà odierna a stratificarsi in un dialogo aperto e costante con le agenzie di diversa natura giuridica e costitutiva impegnate nel medesimo scenario.

Le linee di sviluppo programmatiche delle attività del Centro sono di conseguenza stabilmente improntate ad una sempre più articolata presenza sul territorio ; ad un incremento della predisposizione e della capacità di rilevare le necessità ed i bisogni socio-assistenziali del bacino di utenza; al riferimento ed allo scambio continuo con i portatori di interesse.

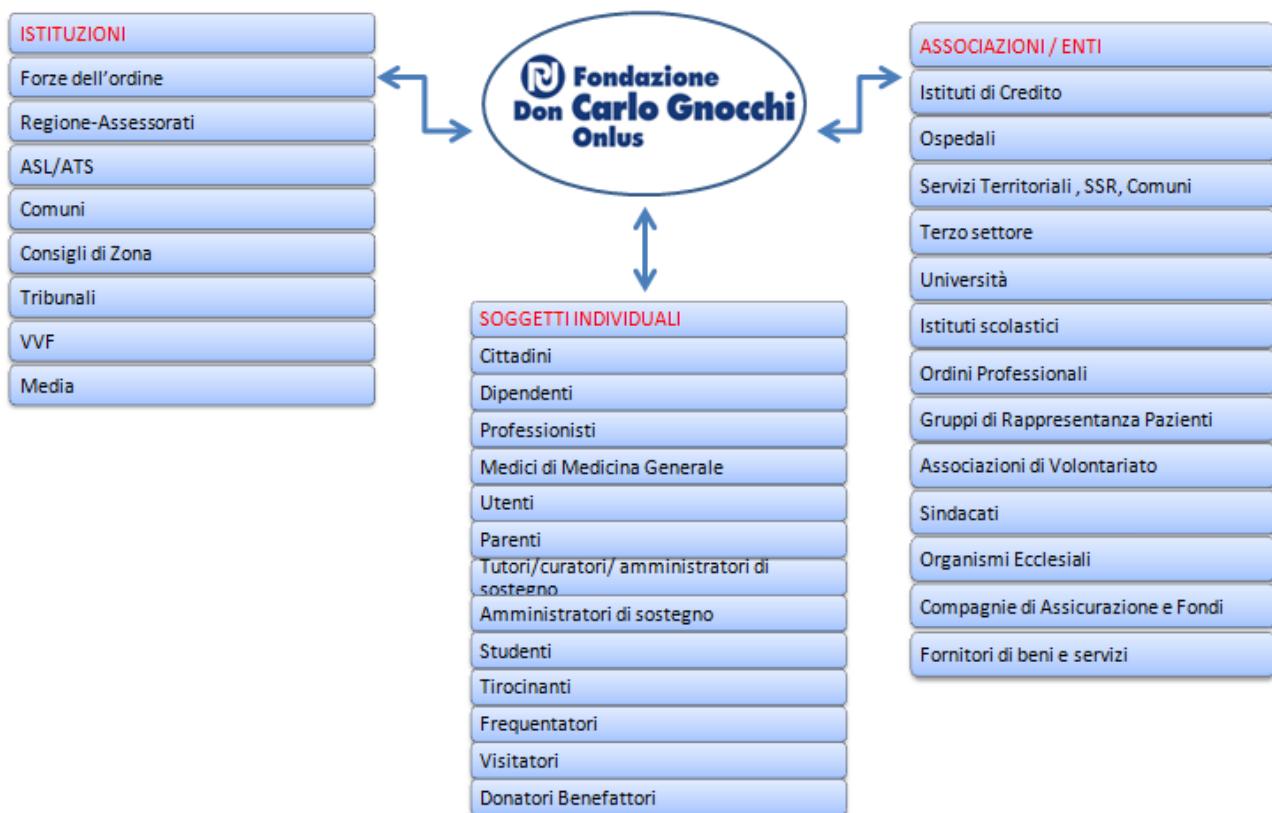
Di rilevante significato, sul piano della valutazione dei risultati e della incidenza sulla dimensione socio sanitaria del territorio malnatese, è il costante mantenimento di un regime di pieno utilizzo della capacità complessiva

dei posti letto di degenza e il totale impiego delle risorse riconosciute e investite nell'ambito della riabilitazione ambulatoriale e domiciliare.

Oltre al dovuto confronto con le articolazioni del Sistema Sanitario Regionale, condizione indispensabile per poter esercitare in regime di accreditamento, il Centro esercita un ruolo di rilevanza nella rete di relazioni collaborative che vede coinvolti i Servizi sociali, gli Enti locali, le Associazioni culturali, i Gruppi di volontariato, le Istituzioni scolastiche, le Istituzioni religiose oltre ai soggetti e alle strutture operanti nell'ambito dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria presenti nella provincia di Varese.

La mappatura aggiornata e descrittiva delle relazioni con i portatori di interesse, e' rintracciabile e riportata a vari livelli nel corpo dei documenti "Riesame annuale della direzione" e "Piano annuale del servizio animazione".

### Parti Interessate – Stakeholders del Centro S Maria al Monte



Per un maggior dettaglio nella definizione dei requisiti delle parti interessate si rimanda alla tavola delle parti interessate MGF75

### **Descrizione della struttura**

La struttura, sita in Malnate via Nizza 6, si sviluppa in 4 corpi di fabbrica, collocati in un giardino di proprietà, così identificati e come riportato nella planimetria a seguire:

Struttura Degenza Rsa

Settore "A - Giallo " : Denominato "Nucleo Pisoni"

Settore "B - Blu": Denominato "Nucleo Garrone"

Settore "C - Verde": Denominato "Nucleo Toselli"

Settore "D - Rosso " : Denominato "Nucleo Giuliani"

Unita' di Rieducazione Funzionale

Settore "B" Livello 4 - Livello 5 : Nucleo Cure Intermedie

Settore "D" Piano Terra : Servizio Riabilitazione Ambulatoriale e Domiciliare

Settore "A- Giallo " (NUCLEO PISONI)

Livello 3: Cucina - Lavanderia - Guardaroba - Magazzini Vari

Livello 4: Segreteria Medica – Servizio Unico Accoglienza - Sala Animazione – Sala Multimediale – Laboratorio

Sala Polifunzionale - Area Bar,

Livello 5 : Degenze RSA

Livello 6 : Degenze RSA

Settore "B - Blu" (NUCLEO GARRONE)

Livello 4 : Palestra attrezzata per la riabilitazione degli ospiti del Nucleo Cure intermedie

Livello 5 : Degenze Cure Intermedie

Livello 6 : Degenze RSA

Settore "C - Verde " (NUCLEO TOSELLI)

Livello 3: Palestra attrezzata per la riabilitazione degli Ospiti della RSA - Camera ardente -Spogliatoi operatori -

Locale parrucchiere / podologo - Mensa operatori- Chiesa

Livello 4 :Degenze Rsa

Livello 5 :Degenze Rsa

Livello 6 :Degenze Rsa

Livello 7:Uffici Amministrativi -Direzione

Settore "D - Rosso " (REPARTO GIULIANI)

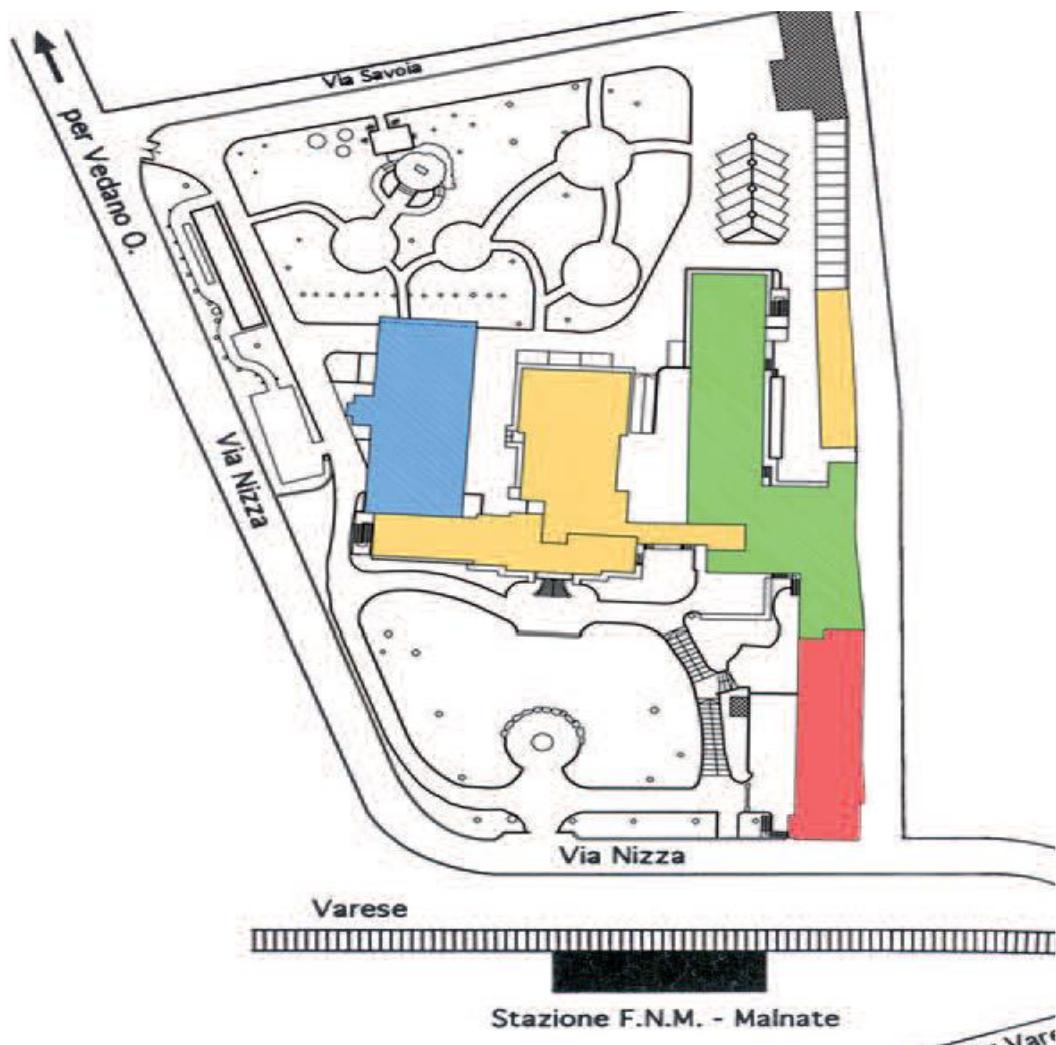
Livello 1: Servizio Ambulatoriale di Riabilitazione e Neuropsichiatria Infantile convenzionato

Livello 2: Degenza solvenza Rsa

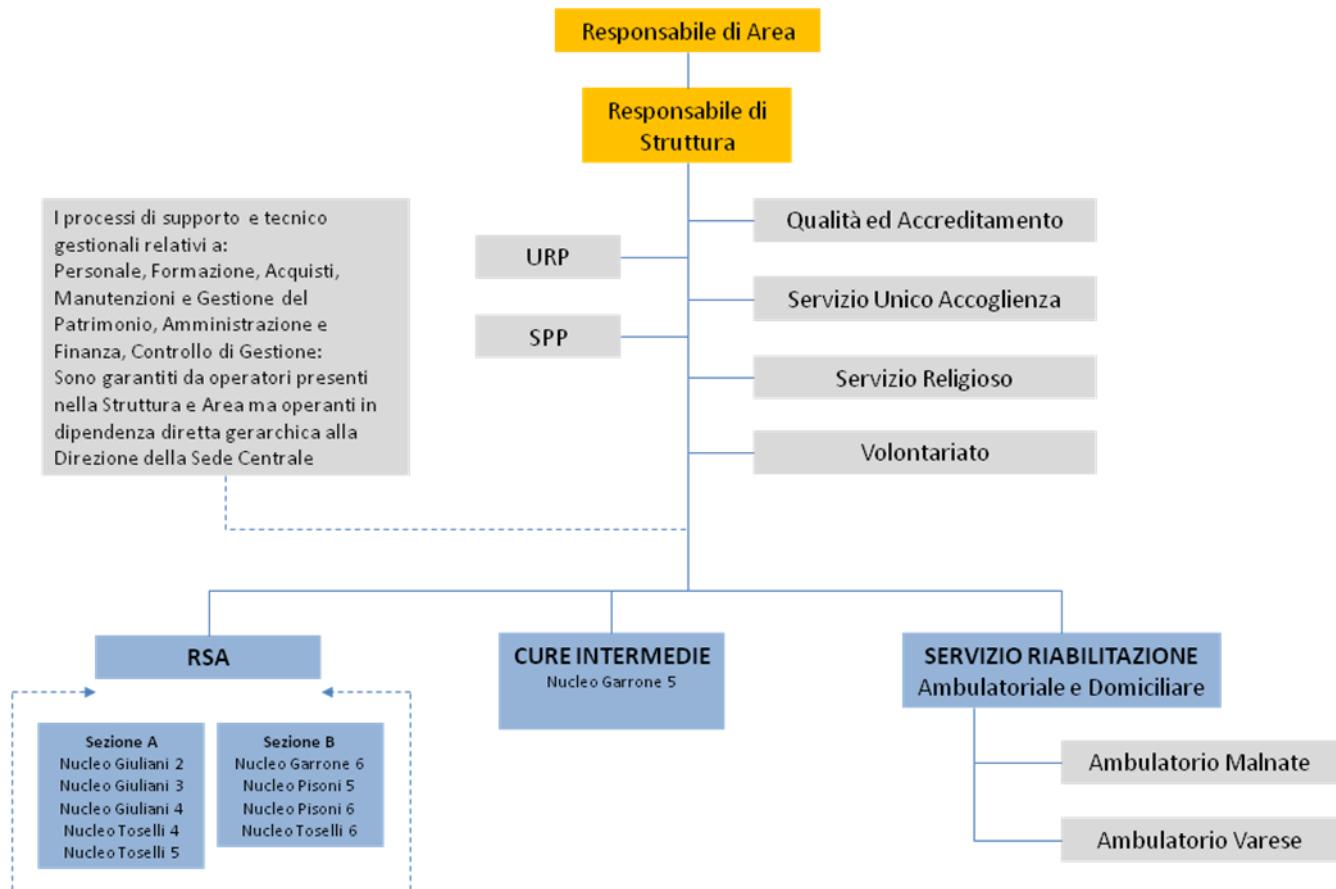
Livello 3 :Degenza Rsa

Livello 4 :Degenza Rsa

**Planimetria**



## Organigramma della Struttura Territoriale



Unità Organizzativa	Responsabile
Responsabile di Struttura	Federica Piazzolla
Responsabile Qualità Accreditamento	Augusto Melotto
Servizio Religioso	Don Martino Antonini
Servizio Prevenzione Protezione	Martina Sacchini
Ufficio relazioni con il Pubblico	Martina Molinari
Animazione e Volontariato	Claudia Lucato
Responsabile Servizio Unico Accoglienza	Stefania Cavallin
Responsabile Medico RSA	Beatrice Merlo
Responsabile Medico Unità Cure Intermedie	Beatrice Porta
Responsabile Medico Servizio Riabilitazione Ambulatoriale e Domiciliare.	Maria Colombo
Coordinatrice TDR Servizio Riabilitazione Ambulatoriale e Domiciliare.	Sara Gilardi

**Organigramma della Sicurezza del Centro**

<b>Legale rappresentante</b>	Don Vincenzo Barbante
<b>Datore di Lavoro</b>	Francesco Converti
<b>Dirigente Delegato per la sicurezza</b>	Antonio Troisi
<b>Responsabile di Struttura (con Sub-delega)</b>	Federica Piazzolla
<b>Dirigente</b>	Francesco Stillavato (Responsabile Risorse Umane) Federica Piazzolla (Responsabile Medico)
<b>RSPP di struttura</b>	Martina Sacchini
<b>Medico Competente</b>	De Palo Francesco
<b>RLS</b>	Manuela Montalbano
<b>Preposti</b>	Augusto Melotto Maria Colombo Stefania Cavallin Claudia Lucato Sara Gilardi

## Descrizione delle Unità di Offerta

### Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)

**L'attività della RSA** verte sull'offerta di 176 posti letto autorizzati, accreditati e contrattualizzati e di 17 posti letto autorizzati, attivati in regime di solvenza, destinati ad accogliere persone di oltre 65 anni residenti in regione Lombardia ,salvo specifiche deroghe, fragili, affette da patologie cronicizzanti e invalidanti che limitano le autonomie personali e penalizzano le relazioni interpersonali.

Agli ospiti vengono garantiti interventi di natura sociosanitaria volti a migliorare i livelli di autonomia individuale , promuovere il benessere, prevenire e curare le malattie croniche e la loro riacutizzazione.

Gli obiettivi generali che si pone l'unità d'offerta sono:

offrire una residenzialità che nel rispetto della dovuta riservatezza riconosca all'ospite la possibilità di stabilire rapporti di socializzazione, senza trascurare gli aspetti relativi alla sicurezza ed alla personalizzazione, per quanto possibile, dell'ambito abitativo;

promuovere, organizzare e concretizzare un insieme di interventi integrati, medici, infermieristici, riabilitativi e animativi , che facilitino e permettano il mantenimento di una qualità di vita in cui si esplichi la dignità di ciascuno attraverso la tutela ed il miglioramento dei livelli di autonomia, il mantenimento degli interessi personali, la promozione del benessere, il rispetto integrale della personalità dell'anziano.

La dimensione che accoglie il complesso di tali attività è quella dell'ospitalità ', capace di "generare" la cura e il "prendersi cura" e, prima ancora, di "farsi carico" dell'anziano in collaborazione con la famiglia d'origine, specie quando la malattia è cronica e invalidante .

L'ospitalità si sostanzia nell'accoglienza, nella relazione, nel riconoscimento e nella risposta ai bisogni e si manifesta nella prossimità, nell'empatia, nella competenza professionale e nella solidarietà .

### Nucleo di Cure Intermedie

Il Nucleo di Cure Intermedie dispone di 16 posti letto autorizzati, accreditati, contrattualizzati e 4 posti letto autorizzati in regime di solvenza.

L'attività erogata è finalizzata alla cura sia di pazienti per i quali si rendano necessari trattamenti di riabilitazione successivi alla fase acuta delle patologie ortopediche, neurologiche e respiratorie, sia di pazienti con profilo geriatrico affetti da pluripatologie a rischio di riacutizzazioni.

Accoglie pazienti residenti in Lombardia o provenienti da altre regioni, previa autorizzazione della ASL di residenza, in dimissione da centri di riabilitazione specialistica, per la continuazione del progetto riabilitativo individuale o inviati direttamente dal medico curante .

La durata massima del ricovero è di 90 giorni per pazienti ultrasessantenni e di 60 giorni per pazienti inferiori ai 60 anni.

Per accedere al reparto è necessario rivolgersi al Servizio Unico Accoglienza ( S.U.A.); il S.U.A. sottopone le richieste di ricovero documentate all'equipe multidisciplinare per l'opportuna valutazione e l'inserimento in lista d'attesa.

Il reparto, autonomo sia al punto di vista strutturale che organizzativo, dispone di 10 camere a due posti letto, di uno studio medico, di un locale infermieri e uno per gli operatori dell'assistenza e di una cucina . E' disponibile una palestra attrezzata per l'attività riabilitativa

### Servizio di Assistenza Riabilitativa ambulatoriale e domiciliare

Il Servizio di Assistenza Riabilitativa ambulatoriale e domiciliare operativo a Malnate e Varese eroga trattamenti destinati ad utenti di ogni età che necessitino di assistenza riabilitativa per disabilità funzionali neuromotorie permanenti o temporanee.

L'organizzazione del Servizio si articola nelle attività svolte presso l'ambulatorio centrale del Centro di Malnate e un ambulatorio decentrato a Varese denominato " Villa Ponticaccia".

I criteri che definiscono le priorità nell'erogazione delle prestazioni sono così individuati:

- dimissione da struttura di degenza da non più di un mese;
- evento acuto recente (trauma, incidente, rimozione gesso, punti di sutura o mezzi di sintesi);
- non si considera evento acuto un episodio doloroso, ma rientra nell'urgenza il dolore associato alla limitazione funzionale improvvisa;
- specificazione di urgenza sulla richiesta del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta.

L'intervento riabilitativo viene finalizzato verso quattro obiettivi:

- ✓ il recupero di una competenza funzionale che è andata perduta;
- ✓ l'evocazione di una competenza che non è comparsa nel corso dello sviluppo;
- ✓ la necessità di opporsi alla regressione funzionale cercando di modificare la storia naturale delle malattie cronico - degenerative, riducendone i fattori di rischio e dominandone la progressione;
- ✓ la possibilità di reperire formule facilitanti alternative (ausili, abbattimento di barriere).

Parte integrante della struttura del Servizio di Assistenza Riabilitativa è il **Servizio di Neuropsichiatria Infantile** che si rivolge, in stretto collegamento con i servizi Territoriali, i Servizi Tutela Minori e il Tribunale Minorile, a pazienti in età evolutiva (fino a 18 anni di età) residenti in Lombardia che necessitino di consulenza diagnostica e assistenza riabilitativa per patologie dello sviluppo neurologico, neuro-psicologico, affettivo e relazionale.

#### **Sintesi Unità di Offerta della Struttura**

<b>Centro “ S. Maria al Monte “</b>			
<b>Unità di offerta</b>	<b>Posti letto/trattamenti autorizzati</b>	<b>Posti letto/trattamenti accreditati</b>	<b>Posti letto/ trattamenti attivati</b>
<b>RSA</b>	P.L. 193	P.L. 176	P.L.193 (176 a contratto + 17 in solvenza )
<b>Nucleo Cure Intermedie</b>	P.L. 20	P.L. 16	P.L. 20 (16 a contratto + 4 in solvenza )
<b>Servizio di Riabilitazione Ambulatoriale e Domiciliare</b>	Tratt.29.100 amb. 7.000 dom.	Tratt.29.100 amb. 7.000 dom.	Tratt.29.100 amb. 7.000 dom.

Per ogni Unità d'offerta è compilata una Scheda Responsabilità specifica allegata al presente Manuale.

## Metodologie dell'intervento Riabilitativo

### RSA

**Curare, prendersi cura e farsi carico** sono attività che si declinano nella gestione della complessità e delle concause che si riscontrano necessariamente nell'affrontare il progressivo ed inevitabile aggravamento dello stato clinico di ciascun ospite.

Responsabilità specifica del medico, in collaborazione con gli infermieri, è quella di stabilizzare le patologie croniche e ritardarne la progressione; prevenire e curare le patologie acute o le riacutizzazioni; impegnarsi direttamente nella diagnosi di malattie subentranti e nella definizione della prognosi generale e specifica; valutare gli aspetti riabilitativi e affrontare la cura del malato terminale e i problemi etici che essa comporta.

Le modalità di cura si dispiegano nelle attività assistenziali attraverso la presenza di una équipe: (medici – infermieri – caposala – fisioterapisti – animatori – educatori – ausiliari e operatori sociosanitari – personale amministrativo e dei servizi, personale religioso) che si occupa dell'ospite nella dimensione di un approccio integrato e che attraverso la valutazione dei bisogni e la definizione di un progetto e di un piano assistenziale/riabilitativo/educativo individuale, mira a salvaguardare il benessere della persona che a loro si affida.

Le stesse modalità hanno come comune denominatore la gestione della complessità, all'interno ma anche oltre le responsabilità cliniche, che necessariamente entrano in gioco nell'affrontare il progressivo, inevitabile aggravamento dello stato clinico di ciascun ospite. La lungodegenza degli ospiti e la continuità di rapporti con essi e con gli operatori aprono lo sguardo sulla multidimensionalità e multiprofessionalità dell'assistenza, su motivazioni, attitudini, storia personale di ospiti e operatori, elementi imprescindibili per realizzare le attività di cura.

La **RSA** garantisce l'assistenza da parte del medico, dell'infermiere e del personale ASA/OSS, secondo le indicazioni previste dai criteri di accreditamento delle RSA della Regione Lombardia ed in coerenza con protocolli, procedure, istruzioni, scale di valutazione codificate nell' Elenco dei documenti vigenti di Fondazione allegato al manuale.

Il personale medico è presente in struttura tutti i giorni della settimana; nelle ore notturne, laddove non fosse presente il medico, è garantito, secondo i dettami normativi, un servizio di pronta reperibilità.

Oltre all'assistenza riabilitativa e all'attività animativa in orario diurno, le attività di assistenza diretta all'ospite si svolgono nei tre turni: mattino, pomeriggio, notte

La presa in carico di ogni ospite avviene, dopo l'accoglienza, attraverso la compilazione del **fascicolo socio-sanitario**, documento multidimensionale, integrato dalle diverse competenze socioeducative, sanitarie e riabilitative, che comprende il Progetto Individuale (P.I.) ed il Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.) e consente di registrare nel tempo tutte le modificazioni clinico-funzionali e sociali intercorrenti determinate sulla base di scale di valutazione riconosciute. Nella definizione prima stesura ed al successivo aggiornamento periodico del Progetto (PI) e del Piano assistenziale (PAI) vengono coinvolti il familiare di riferimento/caregiver di ogni singolo ospite.

Ad ogni degente è garantita l'assistenza farmaceutica di base.

Sono esclusi gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche, che restano a carico del Servizio Sanitario Nazionale (su richiesta del medico di struttura) se mutuabili, dei singoli ospiti qualora non fossero concedibili, ovvero fossero richiesti in regime privato.

Il Centro provvede direttamente alla fornitura di ausili per la gestione dell'incontinenza (pannolini, sacche), di presidi per la prevenzione e cura delle lesioni cutanee da decubito (cuscini e materassi antidecubito, medicazioni avanzate, ausili per la postura), di sistemi e soluzioni per nutrizione enterale.

I pazienti con riconoscimento di invalidità civile possono ottenere, su indicazione del medico specialista fisiatra, la prescrizione e la fornitura di ausili personalizzati (scarpe, carrozzine, deambulatori ecc.) da parte dell'ATS, come pure sistemi e soluzioni per nutrizione enterale su prescrizione di specialista ATS.

Per quanto attiene alle dimissioni, sia che si tratti di dimissioni d'ufficio, volontarie o conclusive di un programma riabilitativo / percorso di cura la Struttura si prende carico attraverso le funzioni del Servizio Unico di Accoglienza di procedere all'individuazione, segnalazione all'Utente e, se del caso, attivazione del percorso più appropriato per garantire continuità assistenziale mediante il ricorso alle risorse sanitarie e socio sanitarie di rete presenti nel territorio .

### **Cure Intermedie**

L'Unità di Offerta Sociosanitaria di Cure Intermedie accogliere utenti direttamente dal domicilio, dall'ospedale e da tutte le altre agenzie della rete dei servizi, di norma nella fase di stabilizzazione a seguito di acuzie o di riacutizzazione in concomitanza di pluripatologie.

Assolve alla funzione di assistere l'utente nel completamento dell'iter di cura, consolidando il miglior stato di salute e benessere possibile con l'obiettivo di reinserirlo nel proprio contesto di vita o di accompagnarlo alla risposta più appropriata al bisogno espresso.

L'utente delle Cure intermedie è una persona che per il suo recupero o per il raggiungimento di un nuovo equilibrio, finalizzato al rientro al domicilio o a luoghi di protezione sociosanitaria, richiede interventi specifici nella sfera sanitaria ed assistenziale che non possono essere erogati a casa o in ospedale.

Al momento dell'ingresso il paziente viene preso in carico, come da procedura codificata dall'equipé del Nucleo di cure intermedie che vede la presenza di un medico fisiatra che valuta, in una prospettiva riabilitativa , la persona nella sua totalità e di un medico internista che si occupa del paziente in relazione a profilo prettamente clinico.

Accanto ad essi operano riabilitatori (fisioterapisti, terapisti occupazionali e logopedisti), operatori dell'assistenza (Infermieri e Operatori socio-sanitari), un coordinatore infermieristico e un coordinatore riabilitativo.

La equipé nel suo complesso definisce quindi l'inquadramento diagnostico e riabilitativo del paziente , provvede a definire il Progetto Individuale ( P.I.) ed il Programma Assistenza Individuale ( P.A.I.) stabilisce i tempi e le modalità delle opportune modifiche le modalità di valutazione dei risultati e l'eventuale termine della presa in carico.

Entro tre giorni dalla data di ricovero il Responsabile medico, in coerenza con quanto stabilito nel Progetto Individuale Riabilitazione Individuale, provvede a comunicare al paziente l'indicazione rispetto al tempo di permanenza nella struttura necessario all'attuazione del progetto stesso .

Al temine del percorso l'equipe valuta l'esito del trattamento, l'eventuale prescrizione di ausili e l'inserimento del paziente nella rete servizi.

Le visite medico specialistiche e gli accertamenti diagnostici ,se necessari, vengono richiesti dal medico responsabile di reparto che si attiva presso le strutture accreditate del territorio

L'équipe multidisciplinare promuove inoltre il progetto "Palestra Aperta", che permette ai familiari dei pazienti di poter accedere, durante i momenti dedicati alla fisioterapia, agli spazi della palestra, al fine di poter interagire con il personale e il proprio congiunto e prendere visione di tutti gli accorgimenti ed esercizi che rientrano nel Programma riabilitativo individuale.

Il progetto è predisposto nella logica di una attiva collaborazione tra tutte le figure che ruotano intorno al paziente al fine di individuare la soluzione più consona ai bisogni riscontrati e di intraprendere il percorso più idoneo al mantenimento dell'autonomia necessaria negli atti della vita quotidiana.

Le dimissioni hanno luogo al configurarsi delle seguenti circostanze:

autodimissione: quando è lo stesso paziente a richiederle espressamente;  
su indicazione medica al termine del Programma Asssitenziale Individuale ( PAI) previsto dal Progetto ( PI);  
nel caso del protrarsi di ricovero ospedaliero a seguito di invio in Pronto Soccorso stabilito per urgenze dal Medico di Nucleo

Alla dimissione il Medico di reparto pone in essere le procedure di Fondazione previste e indicate in merito (MGF 29 "Standard lettera di dimissioni" - PGF 17 "Gestione della continuità assistenziale - dimissione difficile")

consegnando la lettera di dimissioni relativa e i documenti sanitari al paziente stesso o al Caregiver/Tutore/Amministratore di sostegno.

Il rispetto di tali procedure configura il processo di “dimissione protetta”, da intendersi come dimissione da un nucleo di degenza di un paziente che ha problemi sanitari o sociosanitari per i quali è necessario definire una serie di interventi terapeutico assistenziali volti a garantire la continuità assistenziale.

La dimissione così intesa è quindi parte costitutiva del processo di cura posto in atto dalla Unità di offerta.

Le modalità di attuazione si concretizzano attraverso l'intervento integrato dei professionisti di struttura, del Medico di medicina generale, delle risorse sociali e assistenziali del territorio con la partecipazione attiva della famiglia.

In questa prospettiva il Coordinatore di nucleo si prende cura di pianificare e indicare tempi, necessità, modalità di prosecuzione delle terapie a livello domiciliare e ambulatoriale ai soggetti coinvolti nel percorso di cura.

La dimissione viene concordata con gli attori indicati e resa effettiva al momento dell'attivazione dei percorsi di supporto ritenuti necessari e integrativi rispetto all'obiettivo definito.

In caso di dimissioni protette con affidamento ad altra Unità di offerta interna al Centro, viene attivato il Servizio Unico Accoglienza, che diviene responsabile della continuità assistenziale, qualora si proceda con un ricovero in RSA, e la funzione di Coordinamento delle attività del Servizio di Riabilitazione ambulatoriale e domiciliare nel caso si rendesse necessario programmarne l'attività.

### **Riabilitazione ambulatoriale e domiciliare**

Il Servizio di Riabilitazione Ambulatoriale e domiciliare si rivolge a pazienti di ogni età, residenti in Regione Lombardia o provenienti da altre Regioni con autorizzazione dell'ASL di residenza, che necessitano di assistenza riabilitativa per disabilità funzionali neuromotorie permanenti o temporanee.

Gli interventi di riabilitazione domiciliare sono indirizzati alle persone con gravi difficoltà alla deambulazione in condizioni di assenza totale di disponibilità familiare e assistenziale e in condizioni cliniche tali da sconsigliarne il trasporto

L'intervento riabilitativo è finalizzato:

- al recupero di una competenza funzionale che è andata perduta;
- all'evocazione di una competenza che non è comparsa nel corso dello sviluppo;
- alla necessità di opporsi alla regressione funzionale cercando di modificare la storia naturale delle malattie cronico-degenerative, riducendone i fattori di rischio e dominandone la progressione;
- alla possibilità di reperire formule facilitanti alternative (ausili, abbattimento di barriere).

Ogni paziente, al momento della presa in carico, viene sottoposto a una visita specialistica preliminare per una valutazione e per la stesura del Progetto Individuale (P.I.) e del Programma Assitenza Individuale (P.A.I.), che saranno inclusi nella Cartella Riabilitativa.

Il Progetto Individuale (P.I.), predisposto dal Medico specialista e comprensivo del Programma assistenziale individuale (P.A.I.), è definito da:

- diagnosi;
- sintesi anamnestica generale;
- valutazione funzionale;
- obiettivi del percorso riabilitativo proposto;
- verifica degli obiettivi raggiunti;
- identificazione delle aree specifiche di intervento;
- tipi di intervento previsto;
- modalità di erogazione.
- controlli e verifiche
- lettera di dimissione

Il Programma è ritenuto dettagliato e personalizzato quando vengono specificati i contenuti delle prestazioni e la loro frequenza, la loro distribuzione temporale nel periodo di durata del trattamento e le figure professionali coinvolte. Durante la visita il medico raccoglie (ove necessario) il consenso informato alla procedura medica inserendolo nella cartella clinica del paziente.

Ad ogni utente è assegnato un terapista; in caso di patologia "complessa" è previsto il coinvolgimento di altre figure professionali (quali ad esempio logopedista, terapista occupazionale...).

E prevista una visita di controllo alla fine del ciclo di trattamento, al termine della quale il medico responsabile del progetto riabilitativo deve preparare, secondo lo schema prestabilito, una lettera di dimissione per il curante del paziente e deve includerne una copia nella cartella clinica ambulatoriale.

Parte integrante della struttura del Servizio di Assistenza Riabilitativa è il **Servizio di Neuropsichiatria Infantile** che si rivolge, in stretto collegamento con i servizi Territoriali, i Servizi Tutela Minori e il Tribunale Minorile, a pazienti in età evolutiva (fino a 18 anni di età) residenti in Lombardia che necessitino di consulenza diagnostica e assistenza riabilitativa per patologie dello sviluppo neurologico, neuro-psicologico, affettivo e relazionale.

L'attività di consulenza diagnostica così come l'eventuale iter riabilitativo si fondono sul presupposto che lo sviluppo neurocognitivo e psicologico del bambino avviene attraverso l'integrazione continua di funzioni affettive, cognitive e relazionali nell'ambito dei suoi contesti di vita (famiglia, scuola).

A questo proposito infatti occorre considerare come la definizione della propria personalità e delle sue funzioni, sia comunicative-linguistiche che affettivo-relazionali, dipenda da una base costituzionale innata su cui agiscono nel corso dello sviluppo diversi fattori ambientali (stili genitoriali e delle figure educative di riferimento, eventi traumatici di diversa natura e intensità) attraverso una continua influenza reciproca.

Il percorso di diagnosi e cura prevede pertanto il coinvolgimento di diverse figure professionali specificamente formate sull'età evolutiva, sia in ambito neuro-cognitivo che nell'ambito della comunicazione e della sfera emotivo-relazionale; prevede inoltre che l'assistenza riabilitativa si rivolga al bambino così come all'ambiente nel quale il bambino è inserito, determinato dall'ambiente familiare, dagli insegnanti, e da altre figure con valenza educativa.

La presa in carico nell'ambito del Servizio di Neuropsichiatria Infantile avviene attraverso la realizzazione di una prima fase diagnostica alla quale segue la stesura di un progetto riabilitativo individualizzato sulla base del profilo di sviluppo specifico di ogni singolo bambino e prevede lo svolgimento delle seguenti attività:

- ✓ Attività medica neuropsichiatrica infantile con funzione di consultazione diagnostica, terapeutica, di supervisione del lavoro terapeutico svolto dagli altri operatori (attraverso incontri periodici di equipe) e di eventuale intervento psicofarmacologico
- ✓ Psicomotricità individuale e di gruppo
- ✓ Psicoterapia individuale
- ✓ Presa in carico psicologica di genitori di pazienti in carico
- ✓ Logopedia con lavoro specifico sul linguaggio, gli apprendimenti e sugli strumenti della comunicazione
- ✓ Intervento psico-educativo
- ✓ Attività di counselling scolastico.

Il Servizio si avvale di una èquipe composta oltre che da medici neuropsichiatri dell'età evolutiva, anche da psicologi, logopedisti e psicomotricisti.

Le principali patologie afferenti al Servizio sono:

- disturbo dell'apprendimento e del linguaggio
- disturbi del comportamento e dell'umore
- sindrome da deficit di attenzione e iperattività
- disordine pervasivo dello sviluppo
- disturbi di personalità

L'èquipe provvede inoltre attraverso modalità codificate, e secondo le necessità, definite caso per caso, ai necessari contatti ed al coinvolgimento, nel processo riabilitativo, della famiglia, del medico curante, dei servizi territoriali, della scuola.

Gli obiettivi del progetto di cura nell'ambito del Servizio di Neuropsichiatria Infantile prevedono:

- ✓ La definizione diagnostica delle difficoltà di sviluppo e dei disturbi del comportamento del bambino
- ✓ La promozione di un più armonico sviluppo delle competenze emotivo-relazionali e cognitive del bambino per consentirgli l'acquisizione di una maggiore autonomia in ambito sociale, personale e degli apprendimenti scolastici, attraverso il lavoro riabilitativo specifico sulle suddette competenze
- ✓ La ricerca degli stili relazionali e delle proposte ambientali educative che possono essere più funzionali a favorire lo sviluppo del bambino con difficoltà sul piano cognitivo, linguistico e/o relazionale.

Al momento delle dimissioni , sia che si tratti di dimissioni d'ufficio, volontarie o conclusive di un programma riabilitativo o percorso di cura la Struttura si prende carico attraverso le funzioni del Servizio Unico di Accoglienza di procedere all'individuazione, segnalazione all'Utente e, se del caso, attivazione del percorso più appropriato per garantire continuità assistenziale mediante il ricorso alle risorse sanitarie e socio sanitarie di rete presenti nel territorio .

### **Gestione del Rischio**

Per i rischi generali di organizzazione si richiama il paragrafo 9.3.4 del Manuale di Fondazione, così come per le metodologie adottate ci si riferisce al paragrafo 9.4.1 del Manuale.

### **Gestione del Rischio Sanitario**

Il Servizio Qualità Accreditamento di Sede è individuato, in linea con quanto già definito dal C.d.A., come il Servizio deputato al presidio del "Rischio Sanitario". Il Responsabile di tale Servizio è identificato come Risk Manager di Fondazione.

Le responsabilità attribuite sono descritte nel Manuale Generale di Fondazione.

Il Servizio Qualità Accreditamento di Sede provvede a dare indicazioni sulle modalità di raccolta delle segnalazioni interne e di effettuazione delle segnalazioni relative a eventi sentinella oltre che alla vigilanza su dispositivi e farmaci.

Il Servizio Qualità Accreditamento di Sede conduce ed aggiorna, la mappatura del rischio di Fondazione collegato alla conduzione di attività sanitarie, attraverso la valutazione: delle segnalazioni di incidenti, eventi indesiderati e non conformità, dei reclami, dei contenziosi di tutta Fondazione.

La struttura attribuisce periodicamente ad ogni singola attività o gruppo di attività censite nella tavola l'indice di priorità in forma numerica, collegato alla propria capacità di governo, ed interviene con azioni per la messa in sicurezza delle attività a rischio attraverso la predisposizione di progetti per la gestione del rischio .

L'attribuzione dell'IR e la sua rivalutazione periodica servono a valutare l'efficacia delle azioni intraprese .

La struttura come previsto dalla PGF06 "Autovalutazione, controllo. Audit e Verifica interna del sistema di gestione", conduce audit integrati anche su tematiche del rischio clinico a completamento degli audit del SGQ.

Il QuAS individua fra il personale sanitario dei Presidi i Referenti per il rischio clinico che operano in stretto collegamento e a integrazione della rete dei responsabili Qualità Accreditamento.

La struttura ha individuato un referente locale del Rischio.

IL Risk manager o Referente Rischio della struttura partecipa a un Network Qualità - Rischio di Fondazione e ai network / commissioni del rischio / incontri della Regione e ASL /ATS di appartenenza riferendo puntualmente al Servizio Qualità Accreditamento di Sede

Gli eventi indesiderati e le non conformità da monitorare anche attraverso il sistema dell'incident reporting informatizzato sono identificate nel manuale di Fondazione al paragrafo 9.4.

Le modalità di gestione delle segnalazioni sono descritte nell'istruzione "IGF58 Indicazioni per la raccolta di segnalazioni degli eventi indesiderati RV1 2017".

### Campo di Applicazione e Elenco dei Processi

Il sistema di gestione si applica ai processi residenti nella struttura riportati nei paragrafi successivi

#### Processi Decisionali e di Supporto

Processi decisionali direzionali e di supporto collegati	
X	Processi decisionali e direzionali
X	Processi di direzione sanitaria
X	Processi di direzione e organizzazione del personale di assistenza e tecnico riabilitativo
X	Processi di accoglienza e accettazione utente
X	Processi di gestione della documentazione
X	Processi di gestione della sicurezza
X	Processi di comunicazione con l'utente
X	Processi di monitoraggio controllo ed autovalutazione
X	Progettazione ed erogazione di attività formativa (gestione diretta dalle sede)
X	Processi amministrativi (gestione diretta dalle sede)
X	Processi di gestione delle risorse umane (gestione diretta dalle sede)
X	Processi di gestione apparecchiature (gestione diretta dalle sede)
X	Processi di gestione impianti e struttura (gestione diretta dalle sede)
X	Processi di gestione approvvigionamenti e magazzini (gestione diretta dalle sede)

La dotazione strumentale è riportata nell'elenco delle apparecchiature reso disponibile dalla sede.

Per ogni apparecchio è disponibile una scheda specifica

Annualmente sono pianificati gli interventi di manutenzione ordinaria e di sicurezza elettrica e taratura

#### Processi di Produzione/Erogazione di Prestazioni e Servizi

Processi core	
<input type="checkbox"/>	Progettazione ed erogazione di attività riabilitativa plurispecialistica in regime di degenza ordinaria
<input type="checkbox"/>	Progettazione ed erogazione di attività riabilitativa plurispecialistica in regime di ricovero giornaliero
<input type="checkbox"/>	Progettazione ed erogazione di attività riabilitativa plurispecialistica in regime ambulatoriale
<input type="checkbox"/>	Progettazione ed erogazione di attività riabilitativa plurispecialistica domiciliare
<input checked="" type="checkbox"/>	Progettazione ed erogazione di attività riabilitativa estensiva
<input type="checkbox"/>	Progettazione ed erogazione di attività riabilitativa intensiva
<input type="checkbox"/>	Erogazione di attività di diagnosi e cura in regime di degenza
<input checked="" type="checkbox"/>	Erogazione di attività specialistica ambulatoriale
<input checked="" type="checkbox"/>	Attività di neuropsichiatria infantile
<input type="checkbox"/>	Erogazione di assistenza domiciliare integrata (ADI)
<input type="checkbox"/>	Erogazione di cure palliative in regime di degenza (Hospice)
<input type="checkbox"/>	Erogazione di cure palliative a livello domiciliare
<input type="checkbox"/>	Erogazione di assistenza a pazienti in stato vegetativo in regime di degenza ordinaria
<input checked="" type="checkbox"/>	Servizi residenziali di assistenza all'anziano (RSA)
<input type="checkbox"/>	Servizi diurni di assistenza all'anziano (CDI)
<input type="checkbox"/>	Servizi diurni di assistenza Alzheimer (CDI)
<input type="checkbox"/>	Servizi residenziali assistenziali per Disabili (RSD)
<input type="checkbox"/>	Servizi diurni assistenziali per disabili (CDD)
<input type="checkbox"/>	Gestione di interventi in ambito socio assistenziale
<input type="checkbox"/>	Servizi diagnostici di laboratorio
<input type="checkbox"/>	Servizi diagnostici per immagini

**X** Servizio di informazione e valutazione ausili

Ai processi corrispondono procedure e istruzioni generali di Fondazione e/o specifiche di Centro. Tutti i documenti sono riportati nell'elenco dei documenti attivi allegato al presente Manuale, aggiornato almeno con periodicità annuale.

La diffusione di procedure e protocolli inerenti l'attività delle Unità di Offerta così come, più in generale, la composizione, l'identificazione, la gestione e la diffusione delle principali categorie di documenti collegati all'operatività, sono regolati da procedure di Fondazione (PGF01 Architettura e gestione della documentazione). I contenuti di procedure e protocolli sono esplicitati e declinati nei piani di lavoro in adozione in ogni Reparto.

Copie dei medesimi (procedure, protocolli e piani di lavoro) sono disponibili su supporto cartaceo nei locali destinati agli incontri di formazione, riunioni di équipe e allo scambio di consegne tra il personale assistenziale.

Adeguata formazione in merito a procedure professionali, procedure sicurezza del paziente, procedure emergenze cliniche e organizzative relative alle specifiche funzioni, viene offerta ad ogni neoassunto, a cura del direttivo responsabile, in fase di inserimento lavorativo (MGF 203).

Nell'ambito delle riunioni dell'Equipe sociosanitaria vengono periodicamente ripresi e posti all'attenzione degli operatori, singoli protocolli attinenti alla specificità del PAI oggetto di analisi.

La verifica, la congruità, e l'eventuale aggiornamento di protocolli e procedure sono poste all'attenzione del Responsabile medico che in coerenza con i processi organizzativi di Fondazione attiva i percorsi di valutazione a livello locale.

Tutti i documenti sono riportati nell'elenco dei documenti attivi allegato al presente Manuale, aggiornato almeno con periodicità annuale.

### Risorse Umane e Ccnl

La struttura e ogni unità organizzativa si avvale di risorse umane dedicate.

La selezione e l'affidamento degli incarichi è curata dagli uffici di sede afferenti alla Direzione Personale: la valutazione viene effettuata prima della stipula del contratto sulla base dei titoli professionali, dei curricula, del colloquio col Responsabile del Servizio di Riabilitazione Territoriale e/o con il responsabile di area riabilitativa e del Servizio Risorse Umane, e con il Direttore Sanitario per il personale medico.

L'inserimento avviene secondo una procedura definita di organizzazione (PGF200 "Selezione, inserimento e valutazione del personale"), in cui sono esplicitati:

- i criteri per la selezione del personale (fabbisogno e modalità di reperimento)
- inserimento (adempimenti amministrativi, accoglienza, inserimento effettivo, valutazione)
- formazione.

Per quanto concerne i contratti applicati agli operatori dipendenti della Fondazione viene applicato il contratto collettivo della Sanità Privata, in particolare:

- Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro per il personale dipendente delle Strutture Sanitarie associate all'ARIS, all'Aiop e alla Fondazione Don Gnocchi
- Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro per il personale medico dipendente da Case di Cura, IRCCS, Presidi e Centri di Riabilitazione

Entrambi i contratti sono disponibili in versione integrale sul sito della Fondazione Don Carlo Gnocchi - Onlus.

Per quanto concerne i collaboratori libero professionali vengono sottoscritti dei contratti d'opera individuali.

Ogni anno viene redatto un nuovo Piano di Formazione per tutti gli operatori della Fondazione don Carlo Gnocchi e per professionisti esterni, in cui vengono affrontati i bisogni formativi nei diversi ambiti (sanitario-riabilitativo, anziani, disabili, età evolutiva, gestionale - metodologico, sicurezza e normativa, comunicazione con paziente e caregiver, etc.), vengono declinati obiettivi, destinatari, etc..

Tale documento rappresenta un'importante guida per orientare gli operatori nelle scelte degli eventi formativi più idonei alle loro esigenze formative.

Il contenimento del turn-over, inteso come indice di fidelizzazione dei propri dipendenti, funzionale al mantenimento di standard assistenziali qualitativamente alti, è mediamente attestato intorno al 2% annuo ed è sostanzialmente legato al raggiungimento dei requisiti pensionistici da parte degli stessi.

Gli elementi che determinano tale indice, significativamente basso, consistono in una buona pianificazione e in una valutata distribuzione dei piani di lavoro uniti ad un monitoraggio costante sia della loro efficacia che di un razionale utilizzo delle risorse disponibili.

Nel quadro di un continuo confronto costruttivo tra responsabili e collaboratori.

L'organizzazione del personale e le attività di lavoro sono regolate e definite da un orario di servizio per ogni singolo ambito, atto a garantire continuità nell'assistenza e rispondere allo standard qualitativo e alle necessità organizzative e gestionali.

Per quanto attiene il personale socio assistenziale è stata definita dalla Direzione, in accordo con le rappresentanze sindacali, una organizzazione dei turni finalizzata a garantire il rispetto dei piani di assistenza definiti per le tipologie di ospiti ricoverati e volta a rispondere ai requisiti di accreditamento.

**Allegati :**

Schede responsabilità locali (da centrali)

Job Description

Elenco dei documenti attivi della struttura.

Tavola dei documenti di registrazione

Tavola dei flussi informativi

Tavola degli indicatori

Tavola Piano dei Controlli

Carta dei Servizi