



**MANUALE**  
**DEL SISTEMA DI GESTIONE**  
***Centro Santa Maria al Castello***  
***-Pessano con Bornago-***  
(parte integrante del Manuale del Sistema di Gestione della Fondazione)  
**Progetto Riabilitativo di Struttura**

REDAZIONE			
Data	Funzione	Nominativo	Firma
Febbraio 2023	Resp. Servizio Qualità e Accreditamento	Veronica Bellusci	

VERIFICA			
Data	Funzione	Nominativo	Firma
Febbraio 2023	Responsabile Struttura	Alessandra Figini	
Febbraio 2023	Responsabile Medico di Struttura	Mauro Mauri	

APPROVAZIONE			
Data	Funzione	Nominativo	Firma
Marzo 2023	Direttore Area Territoriale Nord	Antonio Troisi	

DATA DI APPLICAZIONE
Marzo 2023



## **Sommario**

PREMESSE	3
Organizzazione del Manuale	3
PARTE GENERALE	4
Presentazione della Fondazione	4
La storia	4
La Nostra Missione - La Nostra Visione	5
La Politica della Qualità' – Far Bene il Bene	5
La Politica per la Sicurezza	6
PARTE SPECIFICA	9
La Storia della struttura	9
Il contesto operativo – le parti interessate	9
Descrizione della struttura	9
Descrizione Organizzativa del Centro all'interno dell'Area Territoriale Nord 2	9
PARTE SPECIFICA DEL CENTRO	10
La Storia della struttura	10
Descrizione della struttura	11
Planimetria	11
Descrizione Unità' di Offerta	13
Metodologie dell'intervento Riabilitativo	17
La presa in carico	18
Strumenti di lavoro	18
Interdisciplinarietà in riabilitazione	19
Grado di necessità della Persona da riabilitare	19
Tipologie delle Persone da riabilitare	20
Gestione del Rischio	20
Gestione del Rischio Sanitario	20
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

## **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 di Area Territoriale e del Responsabile di Struttura; il suo contenuto è verificato con scadenza triennale.

Il documento:

- ✓ descrive l'assetto organizzativo generale 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 accessi 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 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

## **Organizzazione del Manuale**

Il presente Manuale del Sistema di Gestione del Centro (o Struttura Territoriale), 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
- ✓ Politica della qualità dell'organizzazione
- ✓ Politica per la Sicurezza

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 mutilati, 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

svilupata 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 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.

Nell'ambito della Sicurezza del Lavoro Fondazione esprime una specifica Politica espressa nel Documento dei requisiti del sistema di gestione della sicurezza sul lavoro (SGSL) allegato al presente Manuale.

La Fondazione esprime a livello centrale indicazioni e indirizzi il cui scopo è garantire standard di qualità 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.

## **La Politica per la Sicurezza**

La Fondazione Don Carlo Gnocchi è presente sul territorio nazionale, da nord a sud, con 28 strutture ed ha come scopo quello di provvedere all'assistenza, alla tutela della salute, alla cura e recupero funzionale, sociale e morale di soggetti svantaggiati, di qualunque età, sesso e condizione, affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali.

La Fondazione si propone altresì di intervenire nei confronti di soggetti portatori di malattie socialmente invalidanti, anche con soluzioni innovative o sperimentali. Sono compresi negli scopi della Fondazione:

- ✓ l'organizzazione ed erogazione delle prestazioni dirette alla cura ed alla riabilitazione di soggetti con patologie invalidanti, temporanee o stabilizzate;
- ✓ il sostegno nel reinserimento familiare, lavorativo e sociale dei soggetti dimessi dal trattamento riabilitativo;
- ✓ la realizzazione e la diffusione di protesi, risorse, ausili e tecnologie per la riduzione degli stati di minorazione e per la facilitazione delle persone svantaggiate;
- ✓ la promozione culturale, l'addestramento, l'istruzione, la formazione e l'aggiornamento comprendono, in particolare, ogni possibile attività a favore dei soggetti svantaggiati e di coloro che, a titolo professionale, o di studio o volontario operano a favore dei soggetti svantaggiati stessi nei settori dell'assistenza sanitaria, socio-sanitaria, sociale, dell'istruzione e del lavoro.

La Fondazione, nei settori di propria attività, promuove e attua la ricerca scientifica su temi di particolare interesse sociale; le attività di ricerca scientifica sono svolte direttamente dalla fondazione ovvero in collegamento con università, enti di ricerca e altre fondazioni.

La Fondazione raggiunge le proprie finalità allestendo e gestendo strutture, presidi e servizi anche con forme di cooperazione e di solidarietà internazionale, in particolare con i paesi in via di sviluppo, in conformità alle specifiche disposizioni in materia.

Per la Fondazione Don Carlo Gnocchi la tutela della salute e della sicurezza costituisce un ambito di azione primario e imprescindibile che persegue attraverso l'adozione di modelli gestionali ed organizzativi in attuazione dell'art.30 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., basati su un SGSL conforme alla ISO 45001/2018 fondato sul proprio modo di operare e di rappresentare valori, missione e visione.

La Fondazione ha definito l'organizzazione e le modalità di valutazione delle azioni che caratterizzano ed influenzano l'attività del singolo lavoratore sul posto di lavoro, l'attività del gruppo di lavoratori preposti ad ogni ambito lavorativo (reparto) e l'attività delle persone cui è affidata la direzione, il controllo e la supervisione dei processi produttivi.

In questa ottica, nel rivolgersi ad una platea di soggetti ampia, si intende presentarsi come organizzazione di servizio, strutturata a completa tutela dell'individuo, secondo un approccio olistico della tutela della salute e sicurezza che fa dell'etica il valore di fondo da attuare in tutte le componenti dell'organizzazione per realizzare la piena diffusione della cultura del lavoro sicuro quale elemento essenziale per una sanità di valore.

L'alta direzione documenta e sostiene i propri valori, missione e visione della salute e sicurezza impegnandosi a garantirne la più ampia diffusione della politica a tutte le parti interessate, preoccupandosi di rivederla periodicamente in funzione delle più significative variazioni strategiche, organizzative e tecniche e degli impatti che ne conseguono.

Pertanto la politica, definita per la salute e sicurezza sul lavoro ma intesa nella più ampia e dichiarata accezione, esprime l'impegno a:

- a) rispettare la normativa vigente in materia di sicurezza e salute sul lavoro;
- b) far sì che tutta la struttura aziendale partecipi, secondo le proprie attribuzioni e competenze, al raggiungimento degli obiettivi di sicurezza fissati;
- c) svolgere ogni attività secondo modalità che garantiscano, in ogni momento, la salute e la sicurezza dei lavoratori, siano essi dipendenti propri o di ditte esterne, e dei pazienti/visitatori;
- d) garantire che la progettazione, la conduzione e la manutenzione, comprese le operazioni di pulizia dei luoghi di lavoro, macchine e impianti, vengono condotti con l'obiettivo di salvaguardare la salute dei lavoratori, dei terti e della comunità in cui l'azienda opera;





- e) attuare e mantenere una valutazione sistematica e continua per l'eliminazione dei pericoli e la riduzione dei rischi utilizzando la seguente gerarchia delle misure di prevenzione e protezione:
  - 1) eliminare i pericoli;
  - 2) sostituire con processi, attività operative, materiali o attrezzature meno pericolosi;
  - 3) utilizzare misure tecnico-progettuali e riorganizzare il lavoro;
  - 4) utilizzare misure di tipo amministrativo, compresa la formazione;
  - 5) utilizzare adeguati dispositivi di protezione individuale.
- f) adottare una metodologia di valutazione sistematica e continua dei rischi lavorativi e degli impatti significativi anche attraverso l'analisi degli infortuni, degli eventi accidentali e dei near miss, al fine di eliminare/ridurre infortuni e malattie professionali;
- g) garantire che il personale, a tutti i livelli, riceva adeguata informazione, formazione ed addestramento e che possieda le competenze per lo svolgimento dei propri compiti, in modo da essere in grado di assumere le rispettive responsabilità in materia di SSL;
- h) garantire la consultazione e partecipazione dei lavoratori, anche attraverso il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, in merito agli aspetti della sicurezza e salute sul lavoro al fine di ottenere l'impegno nell'attuazione della presente politica;
- i) coinvolgere le imprese esterne nella applicazione del SGSL per le parti di loro pertinenza;
- j) promuovere la cooperazione tra le varie risorse aziendali e la collaborazione con gli Enti esterni preposti;
- k) assicurare la comprensibilità, l'attuazione ed il regolare aggiornamento delle procedure a tutti i livelli dell'organizzazione;
- l) riesaminare periodicamente la politica e la pianificazione delle attività, effettuare un attento e continuo monitoraggio del sistema di gestione, integrato anche sulla scorta degli esiti degli audit periodici e sulla scorta della corretta applicazione delle procedure, affinché il sistema di gestione sia costantemente ed efficacemente attuato e mantenuto, avendo come riferimento costante il principio del miglioramento continuo;
- m) far fronte con rapidità, efficacia ed efficienza a necessità che potrebbero emergere nel corso delle attività lavorative;
- n) destinare risorse umane, tecnologiche ed economiche adeguate ed appropriate per consentire la realizzazione della politica Aziendale e degli obiettivi strategici ed operativi conseguenti;
- o) aumentare l'efficienza e la qualità delle proprie prestazioni.





## PARTE SPECIFICA

### La Storia della struttura

*Si riportano alcune note “storiche” e l’inserimento nel territorio.*

### Il contesto operativo – le parti interessate



*Allegato MGF75 Tavola Parti Interessate*

### Descrizione della struttura

### Descrizione Organizzativa del Centro all'interno dell'Area Territoriale Nord

All'interno dell'Area Territoriale Nord sono compresi i seguenti centri:

- Istituto Palazzolo, Milano
- Centro Girola, Milano
- Centro Villa Ronzoni, Seregno
- Centro S.Maria alla Rotonda, Inverigo
- Centro S.Maria delle Grazie, Monza
- Centro S.Maria alle Fonti, Salice Terme
- Centro S.Maria al Monte, Malnate
- Centro S.Maria al Castello, Pessano con Bornago
- Centro S. Maria Nascente, Milano
- Centro Vismara, Milano
- Centro Multiservizi, Legnano

- Centro S. Maria ai Colli, Torino
- Centro Spalenza, Rovato

Le strutture si avvalgono per quanto riguarda la gestione delle attività “core” e amministrative all’interfaccia con l’utente di personale assegnato, in dipendenza gerarchica diretta dal Direttore / Responsabile dell’Area; 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.

Le UdO del **Centro Santa Maria al Castello** sono le seguenti:

- ✓ Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per anziani - 87 p.l.-
- ✓ Cure Intermedie - 20 p.l.-
- ✓ Servizio di Riabilitazione Ambulatoriale
- ✓ Servizio di Riabilitazione Domiciliare
- ✓ Servizio Socio-Educativo – Centro Diurno Continuo (CDC) - 45 posti-

## **PARTE SPECIFICA DEL CENTRO**

### **La Storia della struttura**

Prima struttura dell’Opera di don Gnocchi, il Centro “S. Maria al Castello” riveste un’importanza particolare nella storia della Fondazione.

Il fabbricato, con l’immenso parco, fu donato alla “Pro Infanzia Mutilata” di don Carlo il 29 aprile 1949 dall’ultimo proprietario, Michele Olian. In tempi rapidi venne adattato alle nuove esigenze, grazie ai proventi di molteplici iniziative di don Gnocchi e con il contributo di tanti amici milanesi.

Il Centro fu inaugurato il 16 novembre dello stesso anno e immediatamente accolse i primi mutilatini, sotto la direzione dei Fratelli delle Scuole Cristiane. L’anno successivo, don Gnocchi pensò di destinare la struttura alle mutilatine, trasferendo i ragazzi al collegio di Torino.

Con il passare degli anni, il Centro ha ospitato minori affetti da poliomielite, curandone gli aspetti riabilitativi, la scolarizzazione e l’inserimento sociale, secondo l’innovativo e straordinario progetto voluto dal fondatore.

Dal 1973 il Centro si è indirizzato all’attività ambulatoriale, nel campo della riabilitazione ortopedica, neuromotoria e della neuropsichiatria infantile, conservando la scuola materna e quella elementare per i piccoli ospiti cerebrolesi.

Nel 1983 è entrato in funzione il Centro Residenziale per anziani, accolti in 40 mini-appartamenti, mentre dal 1986 vengono ospitate (al secondo piano della villa, radicalmente rimodernato) persone anziane non autosufficienti.

Negli ultimi anni sono stati effettuati importanti interventi in tutti gli spazi destinati alle attività riabilitative, al fine di rendere il Centro sempre più adeguato a rispondere ai bisogni del territorio.

I lavori di ristrutturazione della RSA avvenuti tra il 2010 e 2011 hanno portato la ricettività a 87 posti-letto, con la possibilità di sistemazione degli ospiti in camera singola ed eventualmente doppia.

Il nuovo reparto di Cure intermedie (ex Generale e Geriatrica) accoglie invece, in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, 20 pazienti, in dimissioni dai reparti di riabilitazione specialistica o provenienti dal domicilio.

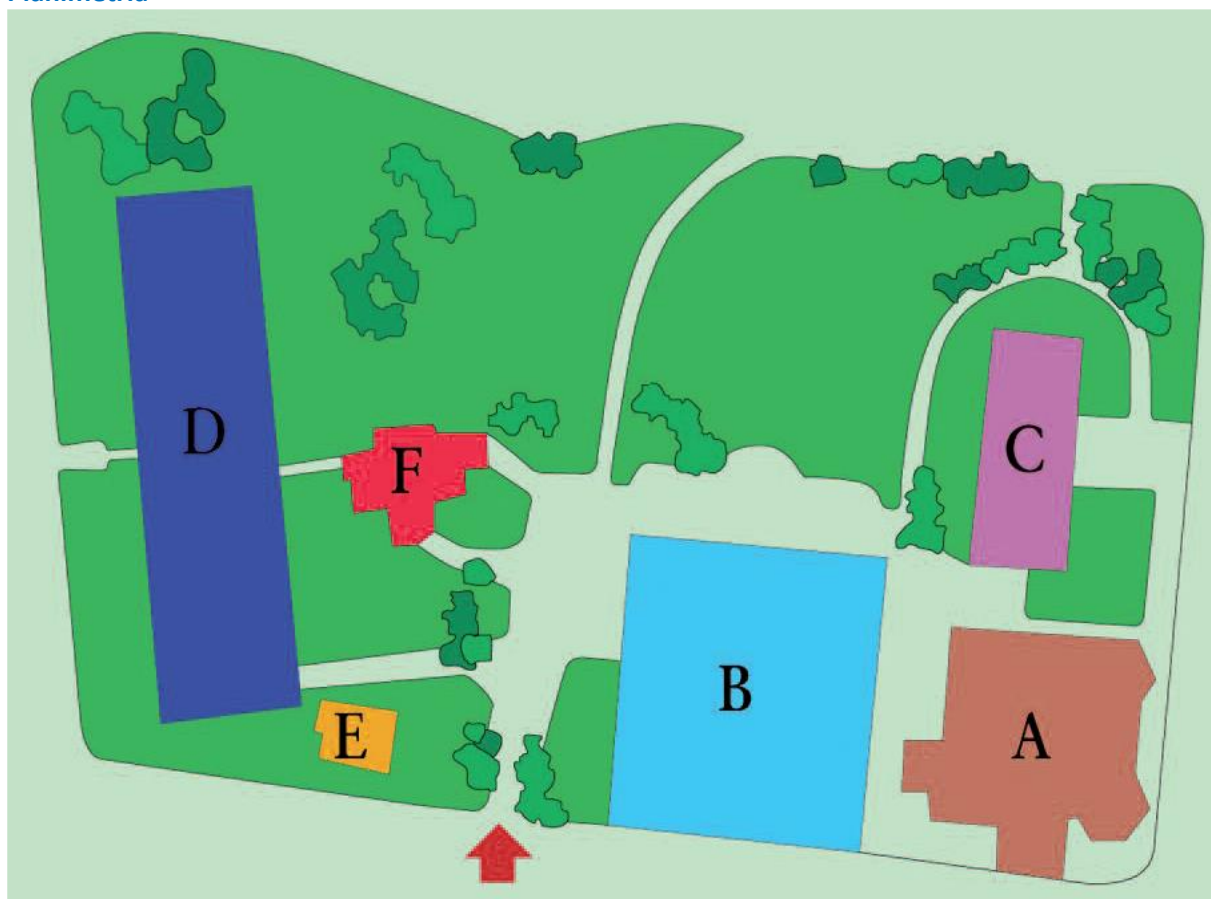


### Descrizione della struttura

I servizi del Centro si articolano su più edifici:

- Accoglienza/accettazione visite ambulatoriali, paletre riabilitative, studi medici e la segreteria medica trovano ubicazione nell'EDIFICIO A
- l'ufficio accoglienza degenze, l'URP, l'ufficio dei coordinatori della riabilitazione e la Cappella sono ubicati nella villa storica (EDIFICIO B)
- la Degenza Diurna e le Cure intermedie sono ubicati nell'EDIFICIO C
- La Residenza Sanitaria Assistenziale è ubicata nell'EDIFICIO D
- La direzione medica, gli uffici amministrativi, il centralino e l'ufficio tecnico sono ubicati nell'EDIFICIO E
- La cucina del centro è ubicata nell'EDIFICIO F

### Planimetria



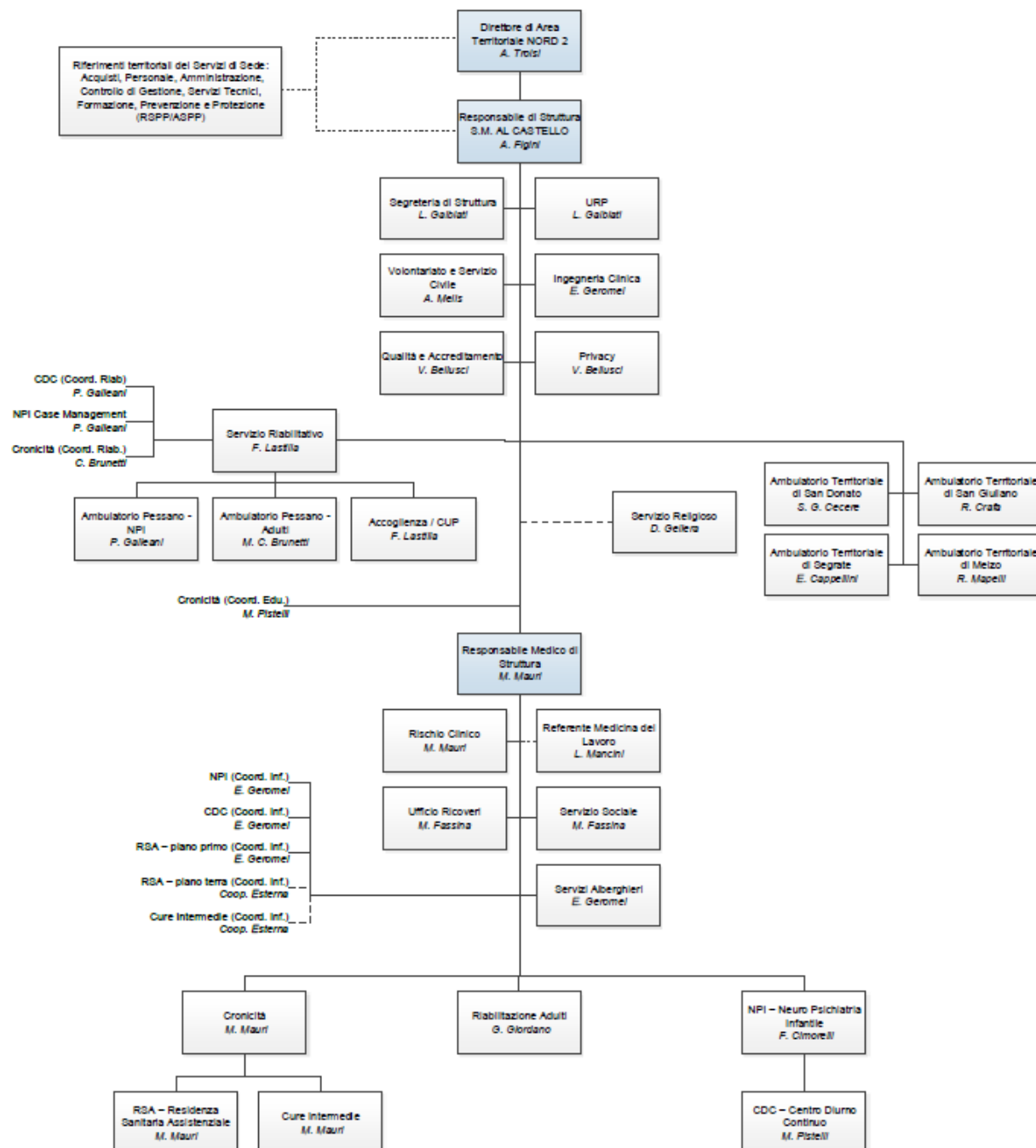


## Organigramma Struttura

### Organigramma Struttura S.M. al Castello

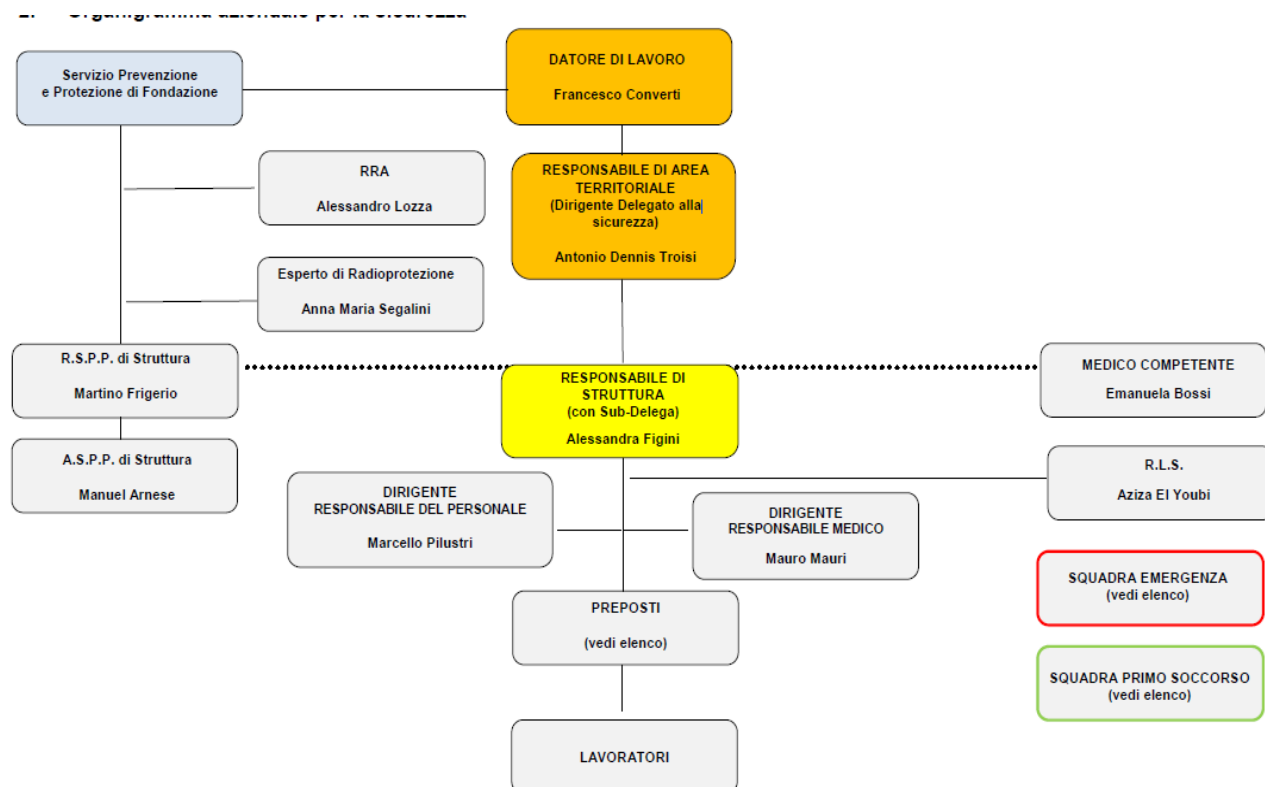
(Pessano – Area Territoriale Nord 2)

Dicembre 2022





## ORGANIGRAMMA SICUREZZA



## Descrizione Unità di Offerta

### 1. SERVIZIO RIABILITATIVO

#### 1.1. Riabilitazione ambulatoriale e domiciliare

Il Servizio di Assistenza Riabilitativa operativo a Pessano con Bornago ed ambulatori esterni, eroga trattamenti ambulatoriali e domiciliari.

Destinatari dei trattamenti sono utenti di ogni età che necessitano di assistenza riabilitativa per disabilità funzionali neuromotorie permanenti o temporanee.

La funzione del servizio territoriale è quella di rispondere ai bisogni, segnalati da comuni e/o associazioni locali rappresentative, di prestazioni riabilitative proprie del Centro, offrendole con un elevato standard qualitativo ai cittadini del territorio in prossimità della loro abitazione.

L'organizzazione del Servizio prevede un ambulatorio centrale presso il Centro di Pessano con Bornago e di Servizi di Riabilitazione Territoriale in più comuni della Provincia di Milano, ATS Città Metropolitana

Gli ambulatori esterni che afferiscono al centro sono:

- Ambulatorio di San Giuliano Milanese
- Ambulatorio di San Donato Milanese
- Ambulatorio di Melzo
- Ambulatorio di Segrate

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).

Ogni paziente viene sottoposto a una visita specialistica preliminare per una valutazione e per la stesura del Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) e del programma riabilitativo individuale (p.r.i.), che saranno inclusi nella Cartella Riabilitativa.

Il progetto riabilitativo, predisposto dal Medico specialista e comprensivo del programma riabilitativo individuale, è definito da:

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

Il progetto 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 dovrà raccogliere (ove necessario) il consenso informato alla procedura medica ed inserirlo nella cartella clinica del paziente.

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

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 sia a bambini in età pediatrica (prematuri o con quadro sindromico) che 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 fondano 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).

Anche per la presa in carico nell'ambito del Servizio di Neuropsichiatria Infantile dopo una prima fase diagnostica, vi è la stesura di un progetto riabilitativo individualizzato (P.R.I.) sulla base del profilo di sviluppo specifico di ogni singolo bambino, e prevede lo svolgimento di particolari attività riabilitative (p.r.i.) che verranno segnalate all'interno della Cartella Riabilitativa :

- 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 psicoeducativo
- Attività di counselling scolastico

Il Centro “S. Maria al Castello” offre inoltre un’ampia gamma di **prestazioni riabilitative in regime privato** sia presso la sede di Pessano con Bornago che negli ambulatori territoriali.

I medici e i fisioterapisti, altamente specializzati nelle più moderne metodiche per la riabilitazione, prendono in carico il paziente in un percorso riabilitativo progressivo e personalizzato.

L’équipe multidisciplinare, è composta da personale qualificato:

- neuropsichiatri infantili
- fisiatři
- ortopedici
- psicologi
- fisioterapisti
- terapisti della neoropsicomotricità dell’età evolutiva
- logopedisti
- terapisti occupazionali
- psicoterapeuti
- assistenti sociali

## **1.2. Ciclo Diurno Continuo**

Nell’ambito delle prestazioni riabilitative sono anche presenti 45 posti accreditati come riabilitazione in Ciclo Diurno Continuo.

I servizi garantiti sono:

- ✓ Assistenza medica
- ✓ Assistenza infermieristica
- ✓ Servizio riabilitativo/educativo
- ✓ Assistenza ausiliaria specializzata
- ✓ Psicologhe di stampo cognitivo-comportamentale

Sulla base di progetti formulati dall’équipe multidisciplinare vengono sviluppati interventi globali e compositi, nella convinzione che riabilitazione, terapia, apprendimento, scuola possano concorrere alla cura e al benessere dei soggetti disabili gravi e medio gravi.

Dopo un periodo di osservazione da parte del neuropsichiatra infantile e dei terapisti della riabilitazione, viene redatto per ogni bambino/ragazzo un progetto riabilitativo-educativo sulla base del quale sono poi stilati i progetti specifici per ogni area (PRI-PEI).

Il FASAS è lo strumento di registrazione del percorso della degenza .

Attualmente l’area comprende una scuola speciale istituita presso la Fondazione Don Gnocchi attraverso una convenzione stipulata con il ministero della Pubblica Istruzione (per un totale di 45 posti) con:

- una sezione di scuola dell’infanzia
- cinque pluriclassi di scuola primaria



E' previsto che anche il corpo docenti rediga un progetto didattico (POF)

### **1.3. Cure intermedie**

Il Reparto di Cure Intermedie accoglie 20 pazienti in dimissione da ospedali, centri di riabilitazione specialistica o inviati direttamente dal medico curante, per la continuazione del progetto riabilitativo individuale.

L'equipe del nucleo di riabilitazione generale e geriatrica vede la presenza fondamentale di un medico fisiatra che si occupa di prendere in carico la persona nella sua totalità sotto il profilo riabilitativo con la stesura del Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) stimandone il tempo medio di degenza per il raggiungimento degli obiettivi (massimo 60 giorni per pazienti di età inferiore ai 65 anni e massimo 90 giorni per pazienti con età maggiore ai 65 anni). Nell'equipe vi è inoltre un medico internista che si occupa del paziente sotto il profilo esclusivamente 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.

L'equipe formula il Progetto Individuale (PI) declinando interventi clinici assistenziali e sociali, all'interno del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

Al termine del percorso l'equipe valuta l'esito del trattamento, l'eventuale prescrizione di ausili e l'inserimento del paziente nella rete servizi. Lo strumento di registrazione del percorso della degenza è il FASAS.

## **2. Residenza Sanitaria Assistenziale**

La Residenza Sanitaria Assistenziale del Centro "S. Maria al Castello", si dedica alla risposta dei bisogni socio/assistenziali e sanitari di anziani non autosufficienti attraverso l'erogazione di prestazioni all'interno di un progetto individuale assistenziale multidisciplinare in regime residenziale.

E' in grado di accogliere 87 ospiti.

L'RSA garantisce l'assistenza medica, infermieristica e del personale ASA/OSS, secondo le indicazioni previste dai criteri di accreditamento delle RSA della Regione Lombardia.

L'assistenza medica viene garantita dal medico di reparto durante i giorni feriali e dai medici di guardia durante i giorni festivi e le ore notturne.

Oltre all'assistenza riabilitativa e all'attività di animazione in orario diurno, le attività di assistenza diretta all'ospite si svolgono sui 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 sociali, sanitarie e riabilitative, che comprende il Piano Assistenziale Individualizzato e consente di registrare nel tempo tutte le modificazioni clinico-funzionali e sociali intercorrenti.

Il Centro provvede direttamente alla fornitura di ausili per la gestione dell'incontinenza (pannoloni, cateteri vescicali, 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.

### Riepilogo delle Unità d'offerta accreditate

<b>Centro "Santa Maria al Castello"</b>			
<b>Unità di offerta</b>	<b>Posti letto/trattamenti autorizzati</b>	<b>Posti letto/trattamenti accreditati</b>	<b>Posti letto/trattamenti attivati</b>
Ciclo Diurno Continuo (CDC) di cui 45 in convenzione con il provveditorato agli Studi per una scuola elementare speciale	45	45	45
trattamenti ambulatoriali per adulti e minori sede di Pessano San Giuliano Milanese San Donato Milanese Melzo Segrate	67582	67582	67582
trattamenti domiciliari	7450	7450	7450
Posti cure intermedie	20	20	20
Posti Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)	87	87	87

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

### Metodologie dell'intervento Riabilitativo

#### PROGETTO RIABILITATIVO DI STRUTTURA

##### **Scopi della riabilitazione**

In continuità al Piano di Indirizzo per la Riabilitazione del Ministero della Salute, anche nel Centro Santa Maria Castello lo scopo dell'intervento riabilitativo è "guadagnare salute", in un'ottica che vede la Persona con disabilità e limitazione come "Persona avente diritti" (Conferenza di Madrid del 2002, Anno Europeo della Persona con Disabilità).

La finalità è un reale empowerment della Persona, realizzando e indirizzando tutti gli interventi sanitari riabilitativi atti a fargli raggiungere il più alto livello possibile di funzionamento e partecipazione, in relazione alla sua volontà e al contesto.

Il PRI (Progetto Riabilitativo Individuale) configura tutto ciò, definendo fasi, obiettivi, tempi e modalità di intervento.

Il piano delle cure indica gli interventi personalizzati, i tempi e gli obiettivi da conseguire specifici per ciascun assistito relativamente alle condizioni di salute, abilità residue e recuperabili, bisogni, preferenze, situazione familiare, fattori ambientali e personali.

Il PRI è basato su evidenze scientifiche, in relazione ai dati personali, clinici e relazionali del paziente, valutandone anche le condizioni familiari, lavorative ed economiche; viene definito e condiviso con il paziente, con la famiglia e i caregiver in ogni fase. Inoltre definisce le caratteristiche di congruità e

appropriatezza dei diversi interventi, nonché la conclusione della presa in carico cura sanitaria in relazione agli esiti raggiunti.

Il PRI è definito dal medico specialista in riabilitazione, responsabile del primo accesso al trattamento riabilitativo, e condiviso con tutti gli operatori enti coinvolti nel percorso di cure. In ogni fase del percorso il medico responsabile garantisce un flusso costante di informazioni al paziente, alla famiglia, ai caregiver e al Medico di Medicina Generale anche attraverso il coinvolgimento degli altri professionisti del team. Le figure professionali coinvolte devono operare unitariamente tramite linguaggio, disponibilità culturale-operativa e obiettivi comuni.

Il PRI deve essere rivisto nel tempo, sino al termine del trattamento e in relazione al variare delle condizioni e dei risultati conseguiti: la responsabilità clinica transita ai diversi responsabili delle strutture riabilitative in successione temporale nella filiera degli interventi.

Nel PRI si definiscono le aree di intervento specifico, gli obiettivi a lungo, medio e breve termine, gli indicatori, le modalità di erogazione, gli operatori coinvolti e i tempi di verifica degli interventi. Nei Programmi Riabilitativi vengono specificati:

- modalità di presa in carico, da parte di una determinata struttura o operatore, nel rispetto delle competenze professionali e dei criteri dell'accreditamento;
- obiettivi a breve e medio termine da raggiungere;
- modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni previste;
- misure di esito atteso appropriate per la valutazione degli interventi;
- la verifica e la conclusione dell'attività.

Nell'ottica della continuità assistenziale deve essere evitata sia la frammentazione degli interventi sanitari (tramite una modalità di lavoro in Rete tra strutture e setting diversi), sia la frammentazione temporale delle fasi degli interventi riabilitativi sanitari.

Gli interventi a valenza sociale possono essere effettuati fin dalle prime fasi, per poi svilupparsi in misura progressivamente maggiore nelle fasi successive.

## **La presa in carico**

La presa in carico, in un'ottica della promozione della tutela e del benessere della Persona, coincide con il diritto dell'individuo di ricevere una valutazione diagnostico-prognostica ed eventuali trattamenti riabilitativi appropriati.

Le evidenze della letteratura dimostrano che tanto più è tempestiva fin nelle fasi di acuzie, tanto più valido può essere il risultato raggiungibile in termini di recupero e di prevenzione di ulteriori danni (secondari e terziari).

In riabilitazione gli interventi non sono mai rivolti esclusivamente all'organo (o al sintomo, apparato, disturbo ecc.), ma vengono trattati in relazione complessiva con la Persona e tutto il suo potenziale.

Per raggiungere questo scopo l'intervento deve coinvolgere sia l'individuo che l'ambiente: agire sull'educazione delle persone e della comunità, che interagiscono, anche tramite l'utilizzo di ausili tecnici, per il pieno sviluppo delle potenzialità della Persona.

## **Strumenti di lavoro**

- FASAS comprensivo di:
  - × scale di valutazione della disabilità e comunicabilità;
  - × PRI comprensivo degli indicatori di processo e di esito;
  - × scheda di accesso;
  - × scheda di dimissione;
  - × consenso informato alle procedure
  - × cartella infermieristica
  - × cartella fisioterapisti
  - × cartella logopedisti
  - × cartella neuropsicologica

- × cartella terapisti occupazionali

Il FASAS consente quindi la tracciabilità delle attività svolte, l'identificazione delle responsabilità delle azioni, la cronologia delle stesse, il luogo e la modalità della loro esecuzione.

### **Interdisciplinarietà in riabilitazione**

Il senso attribuito al concetto di lavoro interdisciplinare e multiprofessionale usualmente fa riferimento a competenze rilevanti per professionalità che devono/possono utilmente essere applicate in ambiti trasversali, cooperando con professionalità diverse, per rispondere a problematiche comuni. Con il termine trasversale si intende un processo utile a tutti se contestualizzato e trasferibile. Trasversale è quindi l'uso che si può fare di alcune competenze che si prestano a essere trasferite da un contesto all'altro.

Questo comporta necessariamente una modifica di prospettiva che pone al centro dell'attenzione la Persona con le sue possibilità e potenzialità di partecipazione, garantendo, indipendentemente dalla causa che ha generato la condizione di disabilità, una modalità appropriata dell'intervento riabilitativo nei diversi setting e in relazione alle condizioni cliniche coesistenti.

L'intervento riabilitativo, al pari del bisogno di recupero di funzione, autonomia e possibilità di partecipazione, è l'elemento evidente di "trasversalità" in ogni condizione clinica, sia che questa rappresenti la causa unica o una condizione di salute coesistente ma interagente; ne consegue che la realizzazione dell'intervento riabilitativo si deve integrare sinergicamente con ognuna di queste condizioni cliniche, garantendo alla Persona in cura il livello massimo di recupero. Parimenti la trasversalità definisce l'esigenza dell'ottimale integrazione delle competenze specialistiche di riabilitazione con quelle cliniche necessarie a garantire i diversi trattamenti utili alla Persona.

Diventa quindi necessario individuare dei criteri unici che definiscano gli indicatori, gli strumenti e i setting più adeguati nel tempo, per una corretta attuazione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).

### **Grado di necessità della Persona da riabilitare**

Per definire correttamente il grado di necessità della Persona da riabilitare si possono individuare tre dimensioni che

opportunamente combinate permettono di allocare la Persona, indipendentemente dalla patologia principale che ha creato disabilità, in setting più appropriati in relazione alla fase del percorso di cura con impiego di risorse.

- **Complessità clinica:** La complessità clinica si correla con la complessità diagnostica, assistenziale, organizzativa e dei differenti interventi terapeutici proporzionalmente graduati per complessità e per consumo di risorse.
- **Disabilità:** perdita delle capacità funzionali nell'ambito delle attività fisiche, motorie, cognitive e comportamentali che impattano con i fattori ambientali, riducendo il livello di partecipazione dell'individuo allo svolgimento delle attività della vita quotidiana e di relazione. Viene usualmente misurata con scale di disabilità sia di tipo bio-psicometrico sia funzionali, che indagano la possibilità di eseguire le diverse attività e che consentono il monitoraggio dell'evoluzione del quadro funzionale nel tempo.
- **Multimorbilità:** insieme di patologie e condizioni classificate secondo scale a punteggi crescenti. Tali comorbidity possono rappresentare un mero elenco per una stratificazione prognostica più accurata o attivi cofattori che influenzano la clinica, il trattamento e la prognosi.

Per il soggetto in età evolutiva, la questione si pone in termini di ottimizzazione delle condizioni necessarie per raggiungere il massimo sviluppo possibile.

Affinchè si possa delineare un programma terapeutico-riabilitativo, il quadro diagnostico-prognostico del soggetto deve indicare: ciò che non si è sviluppato, ciò che manca perché tale sviluppo abbia luogo e che cosa deve essere provato per poter affermare che, anche in condizioni ottimali, lo sviluppo in questione non può avere luogo.

La peculiarità dell'età evolutiva sta nel fatto che gli esiti dell'evento lesivo interagiscono con la dinamica dello sviluppo fisico, psichico e sociale del minore, determinando una cascata di possibili effetti negativi. I campi chiamati in causa non sono infatti relativi alla sola fenomenica minorativa (dal verificarsi dell'evento lesivo fino alla situazione di svantaggio esistenziale), ma si estendono anche alle tematiche dell'istruzione (dalla scuola dell'obbligo alla formazione professionale) e hanno implicanze nel sociale. Si tratta di aspetti che, pur non avendo una valenza di tipo strettamente sanitario, sono tuttavia strettamente essenziali se si vuole che il recupero tenda al raggiungimento delle maggiori possibilità di integrazione sociale. Per l'età evolutiva si evidenzia: una particolare coesistenzialità all'esito del progetto riabilitativo degli interventi di ordine psicologico, di carattere pedagogico-educativo e di tipo sociale; una particolare definizione del progetto riabilitativo individuale.

Anche in virtù di quanto sopra, la rete assistenziale deve consentire, a garanzia del paziente, il passaggio dinamico attraverso i diversi livelli.

### **Tipologie delle Persone da riabilitare**

La cronicizzazione della malattia e l'aumento degli anni dalla sua insorgenza determinano un peggioramento della funzione d'organo e aumentano il grado di disabilità, attraverso alterazioni della funzione fisiologica e frequenti riacutizzazioni. Il circolo vizioso che ne consegue determina peggioramento dei sintomi, ridotta capacità lavorativa/tolleranza allo sforzo, peggioramento dell'inattività/disabilità, ridotto coinvolgimento sociale e depressione. Un'ulteriore caratterizzazione del grado di necessità dei bisogni riabilitativi deve basarsi anche sulle caratteristiche di presentazione ed evoluzione della patologia che può essere caratterizzata da:

- frequenti riacutizzazioni, ospedalizzazioni (Persona ad Alto Rischio);
- persistenza di un elevato grado di complessità clinico-assistenziale con elevato assorbimento di risorse e richiesta di approccio personalizzato e multidisciplinare (Persona ad Alta Complessità);
- quadri di cronicità della malattia associata a cattivi stili di vita (tabagismo, inattività, ipercolesterolemia, sovrappeso), dove l'intervento si concentra soprattutto su un monitoraggio dell'evoluzione e su un processo di educazione e modificazione delle abitudini, al fine di prevenire l'insorgenza e l'avanzamento della patologia cronica (Persona con patologia cronica o gravi fattori di rischio).

### **Gestione del Rischio**

Per i rischi generali di organizzazione si richiama il paragrafo 9.3.4 del Manuale del Sistema di Gestione della Fondazione, così come per le metodologie adottate ci si riferisce al paragrafo 9.4.1 del Manuale. Si rimanda alla tavola di contestualizzazione dei rischi allegata.

### **Gestione del Rischio Sanitario**

All'interno della Direzione Medica Socio Assistenziale, è individuata la funzione deputata al presidio del "Rischio Sanitario".

È identificato il Risk Manager di Fondazione (RM).

Le responsabilità attribuite sono descritte nel Manuale Generale di Fondazione.

In collaborazione con il SQA il RM provvede quindi 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 RM 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.

In tal modo sono individuate le attività e le condizioni di pericolo che vengono comunicate alle diverse funzioni aziendali interessate sotto forma di “Tavola delle attività a rischio” (MGF74).

Il Centro Santa Maria al Castello conduce l’analisi delle attività proposte in tavola attribuendo periodicamente ad ogni singola attività o gruppo di attività 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 . Il progetto e gli interventi rientrano nel piano di miglioramento.

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 RM individua fra il personale sanitario delle Aree Territoriali i Referenti per il rischio clinico che operano in stretto collegamento e a integrazione della rete dei responsabili Qualità Accredimento.

La struttura nomina il Risk Manager fra i professionisti in possesso dei titoli richiesti dalla normativa.

La Struttura in base alle specifiche espresse da Fondazione e alle indicazioni normative nazionali e della regione predispone il proprio Progetto per la Gestione del Rischio.

Le metodologie applicate si riferiscono alle specifiche contenute nei documenti di riferimento della Fondazione e in particolare nelle seguenti procedure:

- × PGF04 Gestione non conformità ed eventi indesiderati
- × PGF05 Presa in carico e valutazione NC e eventi indesiderati - Azioni correttive e preventive
- × PGF06 Autovalutazione, Controllo, Audit e Verifica interna del sistema di gestione
- × PGF07 Procedura di indirizzo per l’attività di progettazione.

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”.

La struttura seguendo la matrice di analisi proposta dalla sede MGF74 procede a valutare i propri rischi generali di organizzazione ed individua le aree di debolezza rispetto alle quali attivare interventi di prevenzione e contenimento dei rischi.

## 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	
<input checked="" type="checkbox"/>	Processi decisionali e direzionali
<input checked="" type="checkbox"/>	Processi di direzione sanitaria
<input checked="" type="checkbox"/>	Processi di direzione e organizzazione del personale di assistenza e tecnico riabilitativo
<input checked="" type="checkbox"/>	Processi di accoglienza e accettazione utente
<input checked="" type="checkbox"/>	Processi di gestione della documentazione
<input checked="" type="checkbox"/>	Processi di gestione della sicurezza
<input checked="" type="checkbox"/>	Processi di comunicazione con l'utente
<input checked="" type="checkbox"/>	Processi di monitoraggio controllo ed autovalutazione
<input checked="" type="checkbox"/>	Progettazione ed erogazione di attività formativa (gestione diretta dalle sede)
<input checked="" type="checkbox"/>	Processi amministrativi (gestione diretta dalle sede)
<input checked="" type="checkbox"/>	Processi di gestione delle risorse umane (gestione diretta dalle sede)
<input checked="" type="checkbox"/>	Processi di gestione apparecchiature (gestione diretta dalle sede)
<input checked="" type="checkbox"/>	Processi di gestione impianti e struttura (gestione diretta dalle sede)
<input checked="" type="checkbox"/>	Processi di gestione approvvigionamenti e magazzini (gestione diretta dalle sede)

Ai processi corrispondono procedure e istruzioni generali di Fondazione e/o specifiche di Centro. Tutti i documenti sono riportati nell'elenco dei documenti attivi (MSC.SQ.01) allegato al presente Manuale, aggiornato almeno con periodicità annuale.

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

Per ogni apparecchio è disponibile una scheda specifica o libro macchina.

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	Progettazione ed erogazione di attività riabilitativa plurispecialistica in regime ambulatoriale
<input checked="" type="checkbox"/>	Progettazione ed erogazione di attività riabilitativa plurispecialistica domiciliare
<input 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 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 checked="" type="checkbox"/>	Servizi diurni assistenziali per disabili (CDD)
<input checked="" type="checkbox"/>	Gestione di interventi in ambito socio assistenziale
<input type="checkbox"/>	Servizi diagnostici di laboratorio
<input type="checkbox"/>	Servizi diagnostici per immagini
<input checked="" type="checkbox"/>	Servizio di informazione e valutazione ausili

## 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 Territoriale e/o con il responsabile di area riabilitativa, assistenziale, e del Servizio Risorse Umane, e con il Responsabile Medico per il personale medico.

L'inserimento avviene secondo una procedura definita

(PGF200 "Reperimento, selezione, assunzione, inserimento e valutazione delle risorse umane") ed inserita nelle procedure del sistema della struttura, 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 RSA e Centri di Riabilitazione
- Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro per il personale medico dipendente da Case di Cura, IRCCS, Presidi e Centri di Riabilitazione- CCNL dirigenza medica ARIS CIMOP

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 gli utenti 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 3% annuo che in parte è 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 rispondere allo standard normativo previsto ed 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 volta a rispondere ai requisiti minimi di accreditamento e finalizzata a garantire il rispetto dei piani di assistenza definiti per le tipologie di ospiti ricoverati.