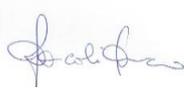


PIANO QUALITÀ

R.E.M.S. CASA BADESSE

RESIDENZA PER L'ESECUZIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA

01	18/04/2025	Integrazione rich. Docum. sanitaria valutazione check ambientale Fasi gest. req. Accreditam. e gestione rischio clinico	F.to Andrea Lepretti			
00	01/01/2023	Prima Emissione	A. Lepretti	D.Lancioli	A.C. Di Marco	Y. Diotalevi
Rev.	Data	Sintetico Modifica	Redatto Coordinatore A. Lepretti	Validato Dir. Sanit. D.Lancioli	Verificato RGQ A.C. Di Marco	Approvato Direzione Y. Diotalevi

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente Documento descrive le modalità da adottare per la gestione ed il monitoraggio dei Servizi Residenziali socio-sanitari e sociali rivolti alle persone con Disabilità/Disagio inserite presso la struttura R.E.M.S. Casa Badesse.

La tipologia di nucleo in cui viene applicato il presente documento organizzativo è il seguente: Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza.

Il documento organizzativo gestionale si applica a tutto il personale coinvolto nella gestione, erogazione e controllo dei servizi menzionati.

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

Nel territorio nazionale, regionale e territoriale il centro deve sottostare alle normative vigenti che definiscono regole di Autorizzazione e Accreditamento, di contribuzione da parte del Servizio Sanitario e di gestione attività rivolta alla salute mentale per autori di reato. Di base le normative di riferimento vengono regolarmente monitorate e gestite per poter adeguare le risorse e le modalità di lavoro ad ogni nuovo aggiornamento legislativo.

Oltre alle normative cogenti il centro applica e mantiene un sistema documentato rispondente alle normative volontarie di Certificazione Aziendale ISO 9001 e Certificazione di Prodotto UNI 11010 (dove previsto) che consente di tracciare e monitorare costantemente il flusso delle attività in rispondenza alle regole definite.

Nello specifico all'interno del Centro è presente il Modulo "Documentazione di Riferimento" dove vengono elencati, oltre alla legislazione Nazionale, Regionale e specifica di settore, tutti i documenti che definiscono regole di gestione del servizio. Tale Documentazione comprende Legislazione, Autorizzazioni al servizio, Regole del Gruppo Atena (compreso Regolamenti e codice Etico), Regole di Servizio (Carta Servizi, Menù, piani di lavoro, ecc...) che viene aggiornato tutte le volte che viene applicata una nuova "regola" da far funzionare.

3. TERMINI E DEFINIZIONI

Ai fini del presente Documento si applicano i termini e le definizioni seguenti.

PTRI/PTRP: Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato/Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato

PTI: Progetto Terapeutico Individualizzato a cura dell'inviante.

PAI: Piano Assistenziale Individualizzato (integrato nel PTRP).

Comportamento Problema: comportamento individuale le cui caratteristiche mettono a rischio la persona o terzi e viene mantenuto in base alle conseguenze prodotte.

Sostegni: risorse e strategie che mirano a promuovere lo sviluppo, l'istruzione, gli interessi e il benessere di una persona e che accrescono il funzionamento umano nel suo complesso interagire con gli ambienti di vita.

4. METODI DI COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE

L'ACCESSO ALLA STRUTTURA è assicurato attraverso i canali comunicati in fase di accesso tramite invio da parte di organi giudiziari (la lista d'attesa viene gestita dal servizio sanitario pubblico territorialmente competente, specificamente dal Punto Unico Regionale (PUR)).

In fase di accoglienza il coordinamento e/o Ufficio Giuridico fornisce le seguenti informazioni:

- informazioni tramite carta dei servizi/documenti relativi ai servizi erogati sia dalla struttura stessa che dalla rete di supporto (servizi territoriali invianti, aziende sanitarie, associazioni, etc.).
- Organizza una riunione di verifica relativa alla condivisione del progetto educativo, sanitario, assistenziale e/o riabilitativo inerente il soggetto stesso.
- Il coordinamento crea per ogni utente un gruppo di referenti che facciano da raccordo per le esigenze assistenziali, per gestire il corretto passaggio di informazioni e per creare un progetto individuale che risponda alle esigenze e, per quanto possibile, alle aspettative dell'intero contesto.

Le VISITE sono programmate in modalità e tempi concordando le esigenze organizzative, sanitarie e relazionali degli utenti stessi e dei loro familiari o figure di tutela (Ads/tutori/Avvocati). I familiari sono tenuti a segnalare l'entrata e l'uscita presso la struttura al fine di consentire una migliore gestione delle visite, comunque concordate con il gruppo di referenti e/o con il coordinamento stesso.

L'obiettivo di creare una corretta e positiva relazione con i familiari pone al centro l'importanza della disponibilità a colloqui e incontri individuali (verbalizzati) ed alla costante condivisione del progetto individualizzato nelle varie fasi di pianificazione e verifica raggiungimento obiettivi.

Per poter recepire dai vari referenti qualsiasi eventuale suggerimento o reclamo, oltre che la somministrazione annuale del questionario di soddisfazione cliente, il Centro mette a disposizione degli Ospiti / Familiari un modulo reclami / suggerimenti ed una relativa "cassetta" dove poter inserire eventuale segnalazione / contestazione / elogio evidenziando o meno la provenienza (possibilità di segnalazione anonima).

L'accesso alla documentazione sanitaria può essere fatto tramite le seguenti regole:

- Durante la permanenza in struttura, l'utente e/o familiare/tutore/AdS può richiedere tramite e-mail alla struttura la documentazione sanitaria (a titolo esemplificativo: relazione psichiatrica di aggiornamento clinico, refertazione visita specialistica, PTRP dell'utente, ecc...) a cui viene data risposta entro massimo 10 giorni;
- dopo la dimissione dalla struttura di riferimento può essere richiesta la cartella clinica tramite e-mail indirizzata al Direttore Sanitario alla e-mail direttore sanitario@gruppoatena.it secondo le seguenti modalità:
 - Compilazione della richiesta attraverso apposita modulistica fornita dagli Uffici Amministrativi;
 - Pagamento anticipato delle spese di rilascio e di spedizione a domicilioa cui, una volta autorizzata la richiesta da parte del Direttore Sanitario, la struttura si impegna al rilascio entro 30 giorni.

5. REQUISITI GENERALI DEL SERVIZIO

La Direzione del Centro, in linea con gli obiettivi statutari e con la mission e politica Aziendale, provvede a tenere, mantenere e divulgare all'interno ed all'esterno della propria struttura la seguente documentazione:

- Politica del Centro (contenente: la natura del servizio e le caratteristiche degli ospiti/utenti alle quali lo stesso è destinato; strategie atte a garantire la massima partecipazione attiva degli ospiti/utenti, la rilevazione dei bisogni, preferenze, desideri, aspirazioni e valori dell'ospite/utenti e la formazione degli operatori che ci operano)
- Carta dei Servizi (contenente: sintesi della propria missione, politica, modello organizzativo, orientamenti e forme operative di svolgimento del servizio, infrastrutture e spazi adeguati alle necessità degli ospiti/utenti e requisiti specifici richiesti dall'autorizzazione ed accreditamento regionale vigente).

- **Politica generale affissa in bacheca**

Tale documentazione, oltre che essere consegnata all'inserimento di ogni nuovo ospite, deve essere disponibile in bacheca all'interno del centro per la consultazione di ospiti e familiari in ogni momento, è diffusa anche su sito aziendale.

6. PRESTAZIONI RICHIESTE

All'interno del Documento, che stabilisce le regole di apertura e funzionamento del Centro, sono riportate le Prestazioni Specifiche che si possono elencare in:

- **PRESTAZIONI RIABILITATIVE PSICHICHE**
 - Gestione dei colloqui individuali e/o gli incontri di gruppo;
 - Redazione di relazioni sul percorso dell'utente in struttura da inviare ai Servizi Inviati, ai Tutori / ADS,
 - Redazione di relazioni per la proroga del Progetto Individuale dell'utente in struttura da inviare alle A.G. per utenti sottoposti alle misure restrittive della libertà personale
 - Realizzazione in collaborazione con il MEDICO PSICHIATRA, il collegamento con i servizi sociali per l'aggiornamento della posizione degli ospiti già presenti in Struttura
 - Definizione ed indicazione di linguaggi e sistemi di comunicazione-relazione appropriati in relazione alle condizioni dell'utente
 - Attuazione di relazioni-comunicazioni di aiuto con l'utente e la famiglia, per l'integrazione ed il mantenimento e recupero della persona.
- **PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ALLA PERSONA**
 - Cura della persona ed igiene personale
 - Vigilanza sulle condizioni generali del soggetto ed interventi di assistenza individuale;
 - Stimoli per favorire la comunicazione e la socializzazione;
 - Utilizzo di ausili;
 - Assistenza nell'assunzione dei pasti;
 - Aiuto nella cura degli ambienti, nel riassetto degli spazi della Struttura e dei materiali di quotidiano utilizzo.
- **PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE**
 - Monitoraggio sanitario;
 - Approvvigionamento, preparazione e somministrazione delle terapie farmacologiche;
 - Rapporto con MMG e Medici specialisti (Psichiatra, Cardiologo, ecc.) e familiari;
 - Gestione presidi.
- **PRESTAZIONI EDUCATIVE**
 - Attività educative rivolte all'autonomia personale del soggetto, secondo le indicazioni del PTRI/PTRP;
 - Attività occupazionali/ricreative;
 - Attività espressive, ludiche e di animazione all'interno e fuori del Centro;
 - Attività Socializzanti.
- **ALTRE ATTIVITA'**
 - Attività amministrative/tecniche giuridiche;
 - Attività di consulenza socioassistenziale dell'Assistente Sociale;
 - Attività di pulizia e sanificazione ambientale;
 - Attività di lavanderia e guardaroba;

- Attività di preparazione pasti;
- Altre attività accessorie e collaterali al servizio.

Per le specificità di servizio l'elenco attività viene guidato dalle regole definite nel Documento di Riferimento Esterno (Convenzione, Accreditamento, Gestione, ecc...) che stabilisce le regole di attività da svolgere.

7. REQUISITI DEL PERSONALE

Per l'attuazione delle prestazioni oggetto di accreditamento è richiesto personale, fisso e sostituto in possesso dei requisiti richiesti di Autorizzazione e Accreditamento.

Le figure prof.li presenti all'interno del Centro sono le seguenti:

- DIRETTORE SANITARIO;
- RISK MANAGER;
- RESPONSABILE MEDICO PSICHIATRA (psichiatria forense);
- MEDICI PSICHIATRI;
- MEDICI SPECIALISTI (MEDICO CADIOLOGO, INTERNISTA, ECC.);
- COORDINATORE SANITARIO/INFERMIERISTICO;
- COORDINATORE SERVIZIO;
- RESPONSABILE UFFICIO GIURIDICO;
- ASSISTENTE SOCIALE;
- PSICOTERAPEUTA;
- INFERMIERE;
- EDUCATORE PROFESSIONALE e TECNICO RIABILITAZIONE PSICHIATRICA;
- RESPONSABILE O.S.S.;
- OPERATORE SOCIO SANITARIO;
- ADDETTO ALLA CUCINA;
- AUSILIARIO PULIZIE;
- ACCOMPAGNATORE TRASPORTO (requisiti di guida Patente specifica, vedi mansionario);
- ADDETTO ALLE MANUTENZIONI;
- RECEPTIONIST.

I requisiti necessari per le figure professionali sono:

- a) Capacità fisica a svolgere il compito assegnato ed idoneità sanitaria nel rispetto delle norme vigenti;
- b) Idoneità psico-attitudinale ad attività professionali da svolgersi in rapporto con soggetti disabili;
- c) Assenza di condanne penali e di incarichi penali pendenti;
- d) Tutta l'équipe deve possedere attitudine alla relazione di aiuto, all'ascolto alla condivisione emotiva delle esperienze, dinamicità, elasticità e maturità professionale, capacità di lavorare in gruppo;
- e) Tutta l'équipe deve mantenere un contegno professionale nel pieno rispetto della tutela della privacy

La struttura, in linea con le regole Direzionali Aziendali, provvede a valutare, sin dalla fase di selezione, le competenze di base di tutto il personale e monitorarle durante l'erogazione del servizio.

Tra le competenze previste per i centri risulta obbligatorio valutare e monitorare le seguenti competenze:

- Competenze di comunicazione e relazione, con particolare attenzione alle tipologie di ospiti/utenti;
- Competenze di conoscenza dei problemi di comprensione e uso del linguaggio verbale o delle problematiche relazionali specifiche (in particolar modo nel caso di utenti con diagnosi che rientrano nello spettro autistico);
- Competenze di promozione di: autonomia, autodeterminazione e auto-rappresentanza dell'ospite /utente;
- Competenze di collaborazione interdisciplinare e di inquadramento del proprio ruolo in plurimi contesti di lavoro (formali e informali);

- Competenze di rappresentare in modo puntuale i motivi di disagio personale e nel rapporto con l'utente e di ricerca di strategie di soluzione dei problemi.

Annualmente la struttura provvede a monitorare le competenze possedute tramite il sistema di valutazione e monitoraggio del personale, adottando azioni di miglioramento a sostegno del personale con riduzione delle competenze previste.

All'interno del Centro viene predisposto un piano di lavoro giornaliero dove si evidenziano le attività previste per singola figura professionale un "elenco del personale" comprensivo della figura professionale, all'interno della "scheda competenze" comprensiva di valutazione iniziale, obiettivi individualizzati e valutazioni annuali da condividere con l'operatore stesso, un "piano di lavoro" comprensivo della sequenza di attività da svolgere giornalmente e settimanalmente all'interno del centro.

8. ORGANIZZAZIONE INTERNA

La struttura organizzativa del centro/servizio, si inserisce all'interno dell'area gestione servizi definito all'interno del seguente organigramma:

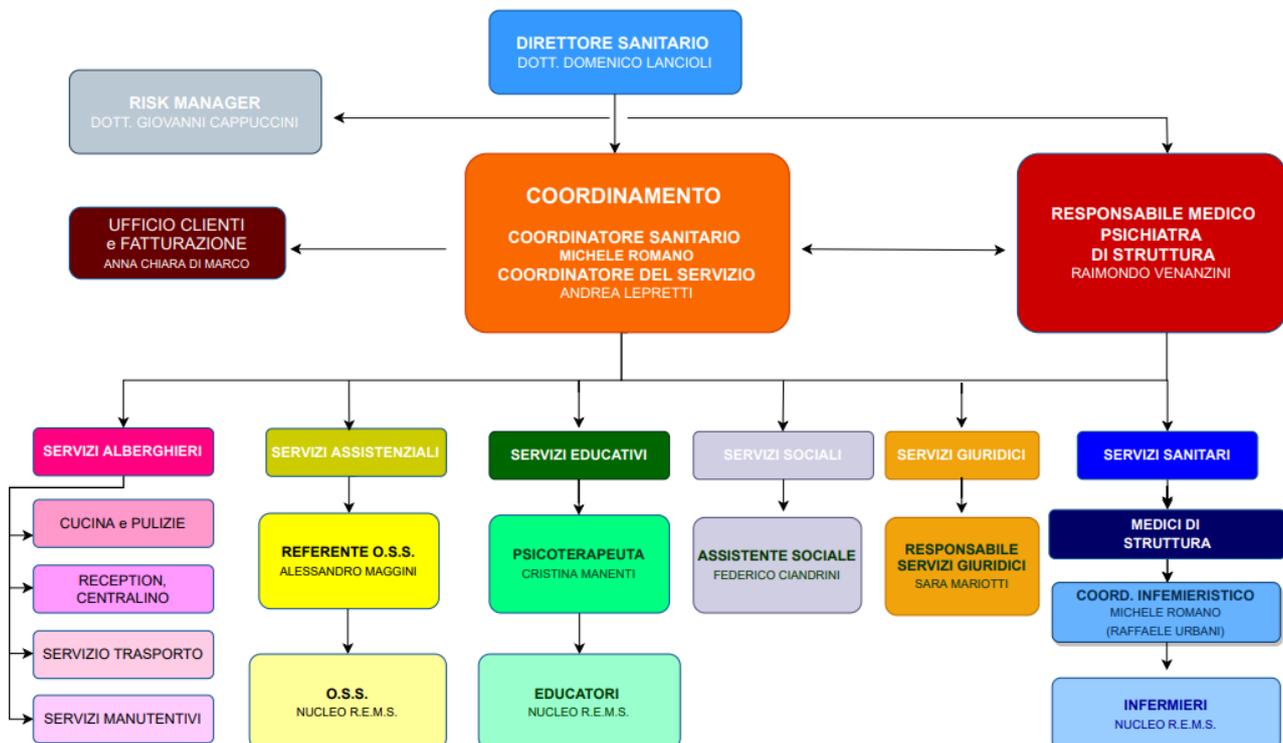


Fig. 1. L'Organigramma del Servizio può variare in base alle specificità dell'Utenza e dei requisiti del Centro, viene quindi predisposto all'interno del Centro / Servizio con i nominativi di riferimento ed è affisso in bacheca, il presente è di carattere esemplificativo.

9. ELENCO INFORMAZIONI DOCUMENTATE

Per poter dimostrare il rispetto delle regole definite il Centro definisce i metodi con cui poter registrare le attività / informazioni definite nelle regole di gestione (Elenco Documenti di Riferimento).

I moduli/documenti previsti sono predisposti in funzione dell'attività da svolgere e sono Riportati nel modulo "elenco documenti di registrazione" allegato al presente documento.

Gli elenchi documenti di riferimento e documenti di registrazione devono essere aggiornati costantemente da parte della struttura ad ogni modifica o integrazione documentale, di norma a cura del Coordinatore.

Per poter essere inserito in sistema qualità (all'interno degli elenchi sopra descritti), qualsiasi nuovo documento redatto o ricevuto dalla struttura deve essere verificato ed approvato secondo la seguente modalità:

Documento	Verificato	Approvato
Documento di riferimento (Procedura, Istr. Operativa, Istr. Tecnica di struttura, Protocollo, Documento Organizzativo Gestionale, ecc..)	Resp. Sistema Qualità	Direzione di Struttura
Documento di registrazione (modulo, scheda, file di registrazione, ecc)	Resp. Sistema Qualità	Resp. Sistema Qualità

10. REQUISITI SPECIFICI DEL SERVIZIO

Nell'erogazione di tutte le fasi di gestione del servizio presso il Centro di seguito vengono riportate le Responsabilità e modalità di registrazione per ognuna delle fasi di seguito elencate:

+Requisiti specifici del Servizio (UNI11010)

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
Informazioni all'utente (par.4)	Coord.	La direzione prima dell'ingresso provvede a effettuare (ove possibile) un colloquio con l'ente inviante, l'utente e/o la sua famiglia/tutore per presentare la struttura e tutte le caratteristiche del servizio. In tale occasione provvede a consegnare la Carta Servizi comprensiva di tutte le informazioni strutturali e organizzative del servizio tenendo traccia di consegna tramite firma all'interno del modulo di consegna della carta dei servizi, del regolamento e linee guida. Diversamente la Carta Servizi e tutte le informazioni saranno fornite successivamente all'ingresso.	<ul style="list-style-type: none"> - Carta dei servizi - Scheda riepilogativa ospite - Menù - Consenso al trattamento dei dati e informativa privacy
	Operatori	<p>Per tutti gli aggiornamenti di informazioni, si utilizzano strumenti differenti a seconda dell'oggetto e dei destinatari: riunione settimanale per gli ospiti, comunicazioni scritte inviate dal centro per i familiari e scritte nella diaria giornaliera (consegne) per gli operatori; altre informazioni relative a processi critici (es. sicurezza, qualità ecc) sono affisse in apposite bacheche.</p> <p>La struttura dà la possibilità ai propri utenti di mantenere il contatto con il contesto territoriale tramite quotidiani e la TV a disposizione in struttura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bacheche varie - Quotidiani e Televisione per gli utenti della struttura

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
Requisiti generali del servizio (par.5)	Direzione della Società Coord.	La direzione ha definito e tiene aggiornati i documenti direzionali con i quali comunica agli stake-holder la propria mission e la politica del centro che garantiscono e promuovono massima partecipazione, ascolto e aumento della qualità della vita degli utenti oltreché formazione specialistica degli operatori.	- Politica del Centro - Carta dei servizi - Bacheca documenti - sito aziendale
Collegamento con il contesto (par.5.5)	Coord. Educatori Educatori Coord./Resp. Ufficio Giurico	<p>Il Centro, per poter mantenere e garantire costante integrazione con il tessuto sociale da parte degli utenti propone e organizza uscite, soggiorni (uscite programmate a scopo terapeutico), gite organizzate con lo scopo di evitare il rischio di isolamento.</p> <p>Per comunicare con gli utenti e la famiglia il centro affigge in bacheca tutte le proposte di attività esterne, oltreché di eventi del territorio aperti al pubblico. Per alcune attività esterne il centro si avvale di soggetti (associazioni o altro) del territorio.</p> <p>Per gli utenti attinti da misura restrittiva libertà personale, la struttura richiede tramite mail l'autorizzazione all'autorità giudiziaria di nulla-osta per uscite dalla struttura.</p> <p>All'interno della struttura, per tenere informati gli utenti sul contesto esterno, la struttura mette a disposizione i quotidiani (letti insieme agli educatori) oltreché TV a disposizione presso i saloni dei piani e presso le camere.</p>	<p>- Calendario eventi e proposte di attività esterne (messo settimanalmente a disposizione degli utenti)</p> <p>- Bacheca eventi e attività esterne</p> <p>- Accordi di collaborazione</p> <p>- Mail ad autorità giudiziaria</p> <p>- licenze trattamentali</p>
Coerenza del Programma personalizzato con il progetto di vita (par. 5.6)	Servizi Socio-Sanitari Area coordinamento funzionale e salute mentale	<p>I servizi socio-sanitari nel momento dell'ingresso provvedono a consegnare documentazione anagrafica, storica e sanitaria dell'utente su cui la struttura provvede a redigere la scheda informativa ospite.</p> <p>Il DSM competente, entro 45 gg, definisce il PTRI/PTRP. L'area Coordinamento Funzionale Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria Marche provvede a consegnare la scheda identificativa dell'internando.</p> <p>La condivisione del progetto individualizzato del Centro da parte del servizio inviante funge da conferma di coerenza del progetto del Centro rispetto al Progetto definito dai Servizi Socio-Sanitari.</p>	<p>- Documentazione in ingresso, in particolare: scheda riepilogativa ospite</p> <p>- P.T.R.I./P.T.R.P.</p> <p>- Scheda identificativa</p> <p>Verbali di incontro verifica progetto con consegna relazione e scheda SUT di aggiornamento</p>

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
Requisiti generali del servizio (par.6)	Coord. Educatori Psicoterapeuta	In tutte le fasi del servizio l'operatore si rivolge all'utente nelle modalità più adeguate per farsi comprendere cercando di far partecipare l'utente stesso alle attività che vengono proposte. Inoltre, l'operatore, nello svolgere l'attività con gli utenti, registra per ogni utente eventuali espressioni di opinioni e preferenze o aspettative, che possono essere da input rispetto agli obiettivi individuali da definire. La tracciabilità delle preferenze espresse dall'utente viene inoltre evidenziata all'interno della Pianificazione Obiettivi (cartella psicologica educativa)	- Diario consegne - Diario Cartella Psicologica Educativa - P.T.R.I./P.T.R.P. - Cartella psicologica educativa (piano obiettivi)
Programma Personalizzato/progetto educativo (par.6.1)	Coord. Psicoter. Educatori Stakeholder Tutor	Per ogni utente viene predisposto un Progetto individualizzato, con obiettivi, aspirazioni e preferenze. Le regole di stesura, tempistiche e modalità di predisposizione del PTRP sono definite nel seguente modo: - Assegnazione del CASA MANAGER di riferimento e l'équipe di riferimento comprendente tutte le figure professionali per la multidimensionalità (descritto in copertina del progetto); - stesura primo PTRP entro 45gg dalla data dell'ingresso; - il progetto si basa su osservazione diretta e utilizzo di strumenti di valutazione riconosciuti a livello nazionale; - la stesura del Progetto avviene tramite incontro di équipe verbalizzato dove vengono definiti criticità, obiettivi e interventi; - condivisione obiettivi con Servizi Socio-Sanitari, ADS/Tutore.	- P.T.R.I./P.T.R.P.
Obiettivi programma personalizzato/progetto educativo (par. 6.1.2)	Educatori Psicoterapeuta	All'interno del PTRP per ogni singola area (dominio) vengono definiti obiettivi individuali misurabili e relativi interventi da mettere in atto per poter raggiungere tali obiettivi. Obiettivi ed interventi sono definiti sulla base di strumenti di misura che permettono in maniera oggettiva di monitorare il relativo raggiungimento degli obiettivi definiti.	- PTRP - Verbale di équipe - Test / Scale di valutazione
Contenuti programma personalizzato (par. 6.1.3)	Psicoterapeuta Educatori	Il programma PTRP definisce tutte le indicazioni di interventi ed eventuali sostegni. È prevista la possibilità di predisporre un progetto di breve periodo con l'obiettivo di portare l'utente a dimissione (in tal caso viene descritto in progetto).	- PTRP - Anamnesi cartella psicologica educativa - Cartella psicologica educativa

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
		La somma di tutte le informazioni che definiscono il programma personalizzato è formata da vari documenti (cfr a lato)	
Sostegni e interventi del PTRP/PAI (par. 6.1.4)	Coord. Tutor Equipe	Tutti i sostegni ed interventi, sono predisposti e definiti all'interno del Progetto e comprendono tutti gli aspetti su cui ruotano gli obiettivi delle aree di intervento dell'utente e tutta la rete di collegamenti interni ed esterni al Centro. L'équipe del Centro, che ha il compito di realizzare i sostegni e gli interventi, attraverso l'osservazione rileva gli esiti di ognuno di essi, necessari per poter verificare e revisionare il progetto individualizzato.	- PTRP
Valutazione e revisione del PTRP/PAI (par.6.1.8)	Equipe terapeutica	All'interno della Metodologia per la gestione del servizio residenziale disabilità adulta-psichiatria sono descritte le tempistiche e modalità di valutazione, revisione e condivisione del PTRP/PAI	- Metodologia per la gestione del servizio residenziale disabilità adulta-psichiatria
Aspirazioni e preferenze dell'utente (par.6.1.5)	Psicoterapeuta Tutor	Prima della predisposizione del Progetto, lo psicoterapeuta descrive tramite strumenti di rilevazione tutte le aspirazioni, preferenze, desideri e aspettative dell'ospite/utente recepite nel periodo di osservazione stando a contatto con l'utente (possono essere utilizzati vari metodi di rilevazione delle aspirazioni / preferenze sia tramite scheda pre-ingresso che tramite osservazione diretta e vanno tutti registrati sulla cartella psicologica educativa	- Consegna individuale - Cartella psicologica educativa - Scheda riepilogativa ospite - PTRP - Scheda pre-ingresso
Conoscenza dell'utente (par.6.1.6)	Operatori	Per l'approfondimento ed il continuo miglioramento della conoscenza dell'utente, tutti gli operatori provvedono a recepire quotidianamente tutte le informazioni, esigenze, aspettative e provvedono ad aggiornare le varie schede dell'utente. La frequenza di osservazione è quotidiana con eventuale registrazione se ci sono particolari informazioni di cui di debba tenere conto	- Diario Cartella psicologica-educativa - Diari consegne generali - Cartella integrata
Fase di Inserimento (par.6.1.7)	DAP Responsabile ufficio funzioni giuridiche	<u>Richiesta di accesso</u> La richiesta di inserimento avviene tramite comunicazione da parte del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP), il quale assegna l'internando in base al criterio della territorialità (residenza nella Regione Marche). L'assegnazione del DAP viene trasmessa all'Area Coordinamento Funzionale Salute Mentale dell'Ast Ancona Marche, la quale predispone la lista d'attesa con le relative priorità per l'accesso in struttura, previo contatto con i DSM di riferimento.	Comunicazione di assegnazione del DAP Lista d'attesa Mail del Area Coordinamento Funzionale Salute Mentale dell'Ast Ancona Marche

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
	Servizi Socio-Sanitari Area Coordinamento Funzionale e Salute Mentale Resp. Uff. Giuridico	<p>I criteri di priorità della lista di attesa sono stabiliti e indicati nel testo della Conferenza Unificata n. 188/CU del 30/11/22.</p> <p>La Responsabile dell'Ufficio funzioni giuridiche ed amministrative provvede ad aggiornare la lista d'attesa sul portale SMOP.</p> <p>Nel momento in cui si libera un posto letto, l'ufficio giuridico comunica formalmente al DAP, all'Autorità Giudiziaria, al P.R.A.P., all'UEPE, alla Questura divisione anticrimine, ai Servizi sanitari invianti, ai referenti P.O. Sanità Penitenziaria Regione Marche - Servizio Sanità P.F. Mobilità Sanitaria e Area Extraospedaliera nonché ai referenti della Direzione dei Servizi della Integrazione Socio-Sanitaria Area Funzionale di Coordinamento Salute Mentale, la disponibilità all'accoglienza nel rispetto della lista di attesa, con la definizione del giorno di ingresso e gli accertamenti sanitari richiesti dalla Direzione Sanitaria compreso l'eventuale ricovero in SPDC propedeutico all'ingresso.</p>	Comunicazione di disponibilità all'accoglienza in REMS
	Resp. Uff. Giuridico	<p>Nel momento dell'ingresso l'ufficio giuridico della struttura invia comunicazione "avvenuto ingresso" a: Direzione Casa Circondariale di Pesaro – Ufficio Matricola, DAP, Autorità Giudiziaria, P.R.A.P. Questura divisione anticrimine di Pesaro, servizio inviante, Legale e ADS/Tutore, ai referenti P.O. Sanità Penitenziaria Regione Marche - Servizio Sanità P.F. Mobilità Sanitaria e Area Extraospedaliera nonché ai referenti della Direzione dei Servizi della Integrazione Socio-Sanitaria Area Funzionale di Coordinamento Salute Mentale, alla Stazione Carabinieri di Macerata Feltria.</p> <p>Il Responsabile Clienti invia comunicazione di avvenuto ingresso al Servizio inviante competente per definizione impegno di spesa.</p>	Comunicazione avvenuto ingresso
	Resp. Clienti	<p>Prima dell'ingresso (o in alternativa durante l'ingresso) la struttura recupera dal servizio inviante (e/o dall'utente/famiglia) le informazioni per predisporre la struttura stessa ed il personale all'inserimento dell'utente ed invia l'elenco documentazione in ingresso (richiesta esami ematici / diagnostici / strumentali).</p>	Scheda ingresso Elenco documentazione in ingresso
	Equipe	<p>Al momento dell'ingresso il Coordinatore infermieristico sottopone la seguente documentazione:</p>	
	Coordinatore infermieristico	<p>regolamento, modulo vaccinazioni, consenso immagini, Modulo accesso dati personali privacy, Consenso trattamento terapeutico, Modulo dichiarazione vita comunità, informativa privacy e consenso per l'inserimento</p>	Informative su organi donazione e tessuti

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
	Resp. Uff. Giuridico	<p>dei propri dati personali sul portale SMOP, informative su donazione organi e tessuti.</p> <p>Tali informazioni raccolte vengono trasmesse all'equipe tramite inserimento della scheda ingresso sui diari consegne.</p> <p>La Responsabile dell'Ufficio funzioni giuridiche e amministrative, una volta acquisito il consenso dell'internato e/o dell'ADS/Tutore, provvede ad inserire sul portale SMOP i dati personali dell'utente, i dati di in ed out, le info giuridiche nonché le info sanitarie (diagnosi d'ingresso).</p>	<p>Diari Consegne</p> <p>verbale protocollo inserimento utente</p>
Accessibilità dell'ospite	Equipe	<p>La Struttura pianifica le attività assistenziali-organizzative orientate all'accoglienza, tenendo conto delle diverse esigenze relative ad età, genere, particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, specificità religiose, etniche e linguistiche. In particolare, durante l'accoglienza recepisce tutte le esigenze dell'utente da inserire cercando di modellare l'inserimento alle informazioni ricevute.</p>	<p>Carta Servizi multilingue Cartella Psicologica Educativa Menu personalizzato Cartella Sanitaria</p> <p>Verbale di inserimento C06 (conclusioni su richieste della famiglia)</p>
Fase di Ammissione (par.6.1.7)	Equipe Coordinatore Infermieristico Infermiere Medico Psichiatra	<p><u>Ingresso in struttura</u></p> <p>Dal giorno definito di ingresso si avvia la fase di ammissione del nuovo utente che nei primi giorni verrà aiutato da tutte le parti interessate per superare le criticità di adattamento.</p> <p>Nel periodo di osservazione l'équipe sarà attenta a recepire tutte le reazioni non solo del nuovo inserito ma anche di tutti i frequentanti per valutare eventuali incongruenze e criticità create nella convivenza in struttura, adottando tutte le azioni per realizzare un clima sereno.</p> <p>Il giorno dell'ingresso l'infermiere effettua incontro con l'utente e provvede ad aprire la cartella integrata dopo aver recepito tutte le informazioni sanitarie ricevute dall'esterno e aver rilevato i parametri vitali del nuovo utente.</p> <p>Su indicazione del medico psichiatra l'infermiere provvede a somministrare i farmaci prescritti, ricevuti dall'esterno, registrando sul modulo somministrazione terapia l'avvenuta attività.</p> <p>Entro la giornata di ingresso (o nel primo giorno utile dopo l'ingresso, comunque entro le 72 ore), il Medico completa la cartella integrata sulla base della valutazione dell'utente inserito e dei dati raccolti. Predisporre la scheda terapia ed eventuale scheda contenzioni</p>	<p>Diari consegne</p> <p>Cartella Integrata</p> <ul style="list-style-type: none"> - dati personali - cartella clinica - esame psichico - cartella infermieristica - profilo socio-familiare - valutazione infermieristica - parametri vitali all'ingresso - proposta cambio medico - modulo richiesta revoca (eventuale) - segnalazione tramite diario (nuovo ingresso) - SUT - Diario Clinico - Scheda contenzioni - Modulo revisione diagnosi

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
	Psicoterapeuta OSS Educatore	Entro 7 giorni dall'ingresso (entro 15 giorni, in caso di difficoltà di adattamento) lo Psicoterapeuta effettua un colloquio psicologico con il nuovo inserito provvedendo ad aprire la cartella psicologico/educativa. Entro 45 giorni, sulla base delle osservazioni e le relative scale di valutazione, provvede ad elaborare il PTRP. Dal primo giorno, il nuovo utente viene inserito nelle attività quotidiane con segnalazioni delle eventuali criticità sul diario.	Cartella psicologica educativa: - Anamnesi - Diario psicologico - Scale valutazione - PTRP Diario consegne
Fase di Dimissione (par.6.1.9)	Coord.	Le regole di dimissione sono definite all'interno della Istruzione Operativa Gestione Dimissioni e all'interno della Carta Servizi. Per la REMS la dimissione è sempre disposta dall'Autorità Giudiziaria su proposta di un progetto di cura alternativo alla REMS predisposto dal Servizio territorialmente competente. In caso di Decesso, sono definite all'interno della Istruzione Operativa gestione dei decessi le modalità da seguire nelle ore successive alla morte.	Gestione Dimissione Utente - Scheda riepilogativa ospite - Carta Servizi Gestione dei decessi
Tutela della salute e sicurezza (par.6.2)	Preposto/ +responsabile acquisti e manutenzioni Coord/ +responsabile risorse umane Operatori RSPP Addetti Antincendio/	La gestione della salute e sicurezza all'interno della struttura è garantita sia nelle condizioni ordinarie che in quelle di emergenza ponendo la massima attenzione alla salute dei propri lavoratori, degli ospiti, dei familiari e dei visitatori. La struttura gestisce e tiene sotto controllo tutti gli impianti della struttura e le attrezzature in uso, garantendo la corretta e tempestiva esecuzione delle manutenzioni ordinarie e straordinarie attraverso manutentori specializzati. Tutto il personale è regolarmente formato in materia di salute e sicurezza sul lavoro nel rispetto della normativa applicabile (DLgs 81/08 e smi) ed è dotato di indumenti e di dispositivi di protezione da utilizzare durante le attività quotidiane a tutela loro e degli ospiti presenti, nel rispetto di quanto definito dal Servizio Prevenzione e Protezione del Gruppo Atena. È presente all'interno della struttura una squadra gestione emergenza composta dai lavoratori in possesso di formazione da addetto al primo soccorso e da addetto antincendio, il cui compito è quello di coordinare le attività ed intervenire in prima persona in tutte le situazioni di emergenza che dovessero presentarsi in struttura (sanitaria, Incendio, terremoto, alluvione, blackout, ...) come previsto nel piano di emergenza. Tali procedure vengono periodicamente testate con tutto il personale, simulando le varie ipotesi previste. All'interno della struttura sono affisse	- Piano della sicurezza-pagine: manutenzioni - Piano formativo dell'anno - Modulo consegna divise - DVR - Squadra Emergenze - Piano Emergenza

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
	P.Soccorso	<p>specifiche planimetrie di emergenza che indicano le vie di esodo, le uscite di emergenza ed il punto di ritrovo esterno.</p> <p>Nella struttura è prevista una bacheca "Sicurezza" su cui la Direzione del centro provvede ad apporre tutte le informazioni da fornire ai familiari ed ai visitatori riguardanti regole della struttura (in caso di emergenza) e report periodici sui monitoraggi delle prestazioni erogate.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - segnaletica d'emergenza - Bacheca sicurezza - Indicatori
Protezione da abusi maltrattamenti, trattamenti degradanti o negligenze (par.6.2.1)	<p>Coord / Operatori</p> <p>Operatori</p> <p>Coord RdG</p> <p>Ufficio del personale e legale</p> <p>Coord</p>	<p>Sulla base delle Linee Guida contro i maltrattamenti, abusi, ecc. adottate, riguardanti tutte le categorie di utenti gli operatori dopo essere stati formati, sono in prima linea per evidenziare ogni potenziale comportamento di abuso di colleghi che nell'ambito dello svolgimento del proprio lavoro possano adottare un atteggiamento lesivo per i diritti dell'utente.</p> <p>Chiunque si trovi di fronte a tali atteggiamenti, deve segnalare al proprio coordinatore e/o responsabile di funzione la puntuale descrizione dell'avvenimento.</p> <p>Il coordinatore, prima del coinvolgimento della Direzione aziendale, effettua un incontro con l'operatore per cercare di comprendere quanto segnalato e successivamente valuta la necessità o meno di effettuare azioni di rieducazione comportamentale del dipendente e/o azioni disciplinari.</p> <p>Una volta che il Coordinatore invia alla Direzione la segnalazione tramite la Scheda segnalazione comportamento inadeguato per un'eventuale contestazione - azione disciplinare, quest'ultimo non interviene nel processo di azione disciplinare, gestito da quel momento in poi dall'ufficio del personale e/o legale della Società.</p> <p>Ad ogni segnalazione registrata, il coordinatore provvede a descrivere le azioni effettuate per il trattamento ed il miglioramento.</p> <p>Annualmente il servizio/struttura monitora tramite indicatori lo stato di disagio dei lavoratori ed il numero di registrazioni di potenziale comportamento di abuso per poter valutare eventuali azioni utili a ridurre il rischio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Linea Guida Prevenzione maltrattamenti - Formazione operatori - Scheda segnalazione comportamento inadeguato
Rispetto della Vita privata e della	Operatori	<p>Nel gestire le attività la struttura garantisce la tutela dei diritti e della dignità di tutti gli utenti, nel rispetto della vita privata e della riservatezza (orientamento sessuale, relazioni interpersonali, opinioni politiche e appartenenze religiose) nonché della privacy, per</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Carta dei servizi - PTRP/PAI

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
riservatezza (par.6.2.2)		garantire che l'utente all'interno del servizio sia protetto da ogni forma di abuso, maltrattamento, trattamento degradante o negligenza che la possa esporre a rischi ingiustificati.	
Gestione Comportamenti problema (par.6.2.3)	Psicoterapeuta / Educatori / coordinatore Direttore Sanitario Operatori	In caso di comportamento problema da parte di uno o più utenti, la struttura mette in atto le modalità definite nella linea guida individualizzata di riferimento, condivisa e approvata da tutte le parti interessate ed utilizza la modulistica per poter tracciare tutte le azioni che avvengono durante tali comportamenti e le misure adottate per tutelare la salute degli altri utenti, degli operatori e dell'utente stesso coinvolgendo i servizi di competenza del territorio. In caso di necessità di protezione, tale restrizione viene prescritta dal medico e autorizzata dalla famiglia. Tutto il personale viene costantemente formato e aggiornato rispetto alla gestione dei "comportamenti problema" e alla comprensione delle forme di comunicazione verbale e non verbale che possono indicare disagi e problematiche non esplicitate da parte dell'utente	- Diario psicologico educativo - Linea guida comportamento problema - Scheda mezzi di contenzione - Piano formativo anno in corso
Promozione della salute (par. 6.3)	Infermiere	Sin dall'ingresso in struttura ogni utente inserito viene debitamente monitorata su tutti gli aspetti di carattere sanitario sulla base delle necessità assistenziali/sanitarie. Sulla base di tutte le indicazioni ricevute nei vari momenti di inserimento e accoglienza e osservazione, vengono definiti interventi sanitari con relativa registrazione e monitoraggio di quanto definito. Tutte le attività vengono effettuate sulla base di apposite istruzioni tecniche debitamente definite e attuate all'interno della Struttura e sulla base delle prescrizioni mediche che di volta in volta vengono aggiornate dai medici stessi, e inviati dalle famiglie al centro. Regolarmente vengono verificati i risultati di intervento sia a breve che a lungo termine	- scale valutazione infermieristiche e fisioterapiche - PTRP - diario infermieristico - moduli sanitari - protocolli infermieristici e relativa modulistica - scheda unica terapia
Accesso alle cure e interventi (par. 6.3.1)	Familiari Coord. Operatori	Tutte le attività di gestione delle cure e interventi di prevenzione sono gestiti dal Centro, che provvede a informare l'ente inviante e la famiglia di eventuali esiti di visite e controlli. Il Centro si occupa anche di pianificare e assistere l'utente riguardo eventuali cure e interventi da effettuare all'esterno della struttura stessa. Il Centro, infatti, provvede ad accompagnare l'ospite, salvo casi specifici che richiedano la presenza della persona che esercita il ruolo di tutore. Le risultanze di eventuali interventi o controlli effettuati all'esterno, una volta pervenute, vengono	- Cartella integrata Pianificazione in Agenda Infermieristica e in Agenda Visite Diario Infermieristico (individuale) Diario Clinico (o registrazione dell'infermiere su diario infermieristico e diario

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
		archivate nella cartella utente dopo essere visionati dal Medico	consegne infermieristiche)
Gestione del Farmaco (par.6.4)	Infermiere MMG Infermiere Infermiere MMG/ Medico Specialista Infermiere	<p>In caso di necessità dell'utente la struttura prende in carico la gestione della somministrazione farmaci nel seguente modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prescrizione del medico; - Gestione del farmaco - Gestione della somministrazione <p>La prescrizione del medico viene registrata dal medico della struttura sul Modulo Scheda Terapia (dove sono indicate le modalità, l'orario e la posologia dei farmaci da somministrare) e firmata dal medico stesso. La prescrizione va effettuata ad ogni modifica di somministrazione farmaco o, in caso di assenza di modifiche, almeno biennale.</p> <p>Riguardo la gestione del farmaco viene gestita dall'infermeria che provvede su prescrizione medica a reperire mensilmente i farmaci richiesti. I farmaci in entrata vengono controllati dall'infermeria prima di essere posizionati in armadio farmaci (e/o in carrello farmaci). Viene effettuato un controllo di data di scadenza e di integrità e la corrispondenza con le prescrizioni, evidenziando la data di scadenza sulla confezione. Le confezioni non conformi e/o scadute non vengono accettate.</p> <p>La scadenza del farmaco verrà registrata nell'apposita "Scheda controllo scadenza farmaci". Quest'ultimo modulo viene archiviato nell'armadietto dei farmaci in maniera visibile. Alla fine di ogni mese l'infermiere verifica le scadenze dei medicinali conservati e provvede a smaltire i farmaci in scadenza.</p> <p>La somministrazione effettuata dagli infermieri viene registrata all'interno dell'apposito modulo.</p> <p>La scheda terapia compilata va aggiornata ad ogni cambio di terapia dell'utente dal medico prescrittore apponendo la propria firma. L'infermiere provvede poi a sostituire il foglio precedente con il nuovo. L'infermiere che provvede a sostituire il foglio terapia compilandone uno nuovo deve apporre la propria e controfirmarla il Medico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - protocolli infermieristici; - protocollo per una corretta gestione e conservazione dei farmaci; - protocollo per la somministrazione della terapia <p>Scheda Terapia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Scheda controllo scadenza farmaci - Registro mensile terapia <p>Scheda Terapia</p>

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
Infrastruttur e e spazi (par. 6.5)	Coord.	<p>Gli spazi vengono predisposti in funzione delle tipologie di utenza per cui ottengono autorizzazione / accreditamento secondo i requisiti definiti dalla legge regionale di riferimento.</p> <p>Almeno annualmente, tramite compilazione della check list ambientale, la struttura valuta eventuali problematiche strutturali / incongruenze di spazi a disposizione e/o eventuali necessità di nuovo arredo spazi ed eventuale acquisto di accessori utili agli utenti frequentanti.</p> <p>Una volta trasmessa la check list debitamente compilata all'ufficio manutenzioni (e direzione aziendale), quest'ultimo provvede ad attivare interventi per la risoluzione delle eventuali problematiche evidenziate.</p> <p>Con la Check list ambientale sicurezza i lavoratori della struttura possono evidenziare eventuali necessità di acquisto nuove strumentazioni tecnologiche che possano aiutare la struttura ad attuare miglioramento nell'erogazione del servizio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aut/Accr regionale - Verbale di riunione (riesame direzione) - Check list sicurezza ambientale
Gestione beni di proprietà (6.6)	<p>Responsabile uff. giuridico-amministrativo</p> <p>Coord.</p> <p>OSS Coord.</p>	<p>Nell'eventualità ci fosse la necessità di gestire denaro o beni, per ogni utente, la struttura provvede a gestire una piccola "cassa" denaro tramite la tenuta di un registro prima nota (entrate/uscite) individuale con cui vengono effettuati piccole spese per l'utente.</p> <p>Mensilmente il Responsabile Uff. Giuridico Amministrativo effettua (con il Coordinatore) controlli di corrispondenza del registro con il denaro presente (anche tramite l'utilizzo del file gestione fondo cassa utente (excel) e mensilmente la documentazione raccolta viene rendicontata e consegnata alla famiglia o all'amministratore di sostegno dell'utente (tramite la consegna di scontrini).</p> <p>Periodicamente viene richiesto al familiare o tutore/ADS di effettuare il reintegro per evitare di rimanere senza copertura cassa (rischio di dover anticipare la struttura da evitare)</p> <p>All'interno della Residenza non è prevista la possibilità portare oggetti di valore come evidenziato durante il colloquio d'ingresso.</p> <p>In caso di ricovero, viene predisposta scheda elenco indumenti e oggetti personali firmata dall'oss e dal coordinatore/infermiere, utile a tenere traccia di</p>	<p>Scheda spese personali utente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prima Nota Cassa utente - Gestione fondo cassa utente <p>Regole definite in: Protocollo Custodia beni di valore Regolamento (rispetto a beni di valore) Scheda registrazione beni di valore</p> <p>Scheda indumenti e oggetti personali (per ricovero esterno)</p>

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
	Infermiere	<p>quanto uscito dalla struttura, per poter verificare al l'effettivo rientro di quanto uscito.</p> <p>In caso di dimissione e/o decesso, vengono riconsegnati tutti gli indumenti, gli oggetti personali e la cassa dell'utente al familiare o ADS/Tutore. Nel caso di oggetti non ritirati dal Caregiver, allo scadere dei 6 mesi dalla data di dimissione e/o decesso, tali oggetti vengono eliminati o destinati all'utenza ricoverata.</p> <p>Se il Caregiver chiede la spedizione di tali oggetti/indumenti, quest'ultima resta a carico del richiedente.</p>	
Competenze del personale (par.7.1)	RdA Ris.Umane Ris.Umane	<p>Le competenze del personale sono definite all'interno del mansionario per figura professionale su cui viene fatta apposita valutazione in fase di selezione e assunzione.</p> <p>Tali competenze, per il personale che svolge attività all'interno di servizi rivolti alla disabilità /salute mentale sono ampliate da competenze specifiche di settore e vengono periodicamente verificate per l'eventuale implementazione di azioni formative ad hoc, in caso di carenze riscontrate.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mansionario figure prof.li - Scheda competenze
Gestione del personale (par.7.2)	Coord. Operatori	<p>Alla fine di ogni anno la struttura provvede ad effettuare nuova valutazione competenze tramite rilevazione del Coordinatore del Servizio (da una parte) e autovalutazione del lavoratore (dall'altra).</p> <p>Il Coordinatore effettua un incontro con ognuno dei lavoratori per valutare insieme punti di forza e di debolezza e per definire un obiettivo di miglioramento annuale del lavoratore stesso su cui a periodi consuntivi si valuterà il raggiungimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Scheda competenze - Verbale condivisione - individuazione obiettivo
Gruppo di lavoro (par.7.3)	Coordinatore / operatori	<p>Settimanalmente la struttura prevede riunioni di équipe con promozione al lavoro di gruppo. Tali riunioni riguardanti le necessità dell'utente vengono costantemente verbalizzate e stimolano gli operatori al lavoro di squadra ed alla condivisione degli obiettivi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verbali di équipe
Utilizzo volontariato (par.7.4)	Coordinatore	<p>La struttura per la tipologia di utenza trattata (detenuti) non si avvale di operatori volontari.</p>	
Formazione (par. 7.5)	Coordinatore Responsabile	<p>Il personale del Centro svolge annualmente corsi di aggiornamento e formazione (obbligatori e non) organizzati dal Gruppo Atena definiti nel piano formativo annuale. I contenuti sono indicati anche dagli stessi operatori, in base alle loro motivate richieste di aggiornamento professionale, a seguito di un incontro</p>	<p>Questionari di rilevazione dei fabbisogni formativi</p> <p>Piano formativo annuale</p>

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
	Formazione Responsabile R.U.	<p>sui fabbisogni formativi o della somministrazione di un questionario. L'obiettivo generale dell'aggiornamento per il personale operante è quello di fornire strumenti di conoscenza, tecniche e modalità di intervento.</p> <p>La struttura predispone un piano formativo annuale che comprende la formazione agli operatori dei seguenti argomenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formazione competenze per singola figura professionale; - Formazione su rischio clinico ed occupazionale; - Formazione su strumenti e metodologie per rispondere ai bisogni dell'utente; - Formazione su "comportamenti problema" e forme di comunicazione; - Formazione su strumenti e metodologie dedicate al potenziamento del benessere; - Valutazione degli obiettivi del personale e dell'organizzazione; - Esiti delle valutazioni precedenti del personale. 	
Progettazione e Educativa generale del centro (laboratori – uscite – eventi)	Coordinatore Psicoterapeuta Educatori Te.r.p	<p>La struttura predispone semestralmente una definizione di attività laboratoriali educative ed un calendario settimanale delle attività di gruppo coinvolgendo (ove possibile) gli ospiti nella definizione delle attività a cui partecipare in base alle proprie abilità/capacità riscontrate nel PTRP).</p> <p>Per ogni singolo laboratorio, vengono descritti obiettivi, finalità, operatori di riferimento, periodicità e materiali da utilizzare.</p> <p>Il calendario settimanale delle attività educative viene affisso in bacheca ospiti ed aggiornato in caso di cambiamenti settimanali</p> <p>Particolare attenzione viene data alla pianificazione di iniziative che presuppongono un coinvolgimento delle diverse realtà del territorio.</p> <p>Ad ogni giornata di attività laboratoriale, gli operatori registrano l'attività svolta su verbale laboratorio e descrivono le modalità di partecipazione degli utenti su registro attività educative individualizzate (dove descrivere eventuali criticità riscontrate)</p> <p>A fine periodo di laboratorio, gli operatori in equipe redigono la relazione consuntiva con i risultati ottenuti, il gradimento dei partecipanti e le possibili azioni di miglioramento per eventuale proposta per periodo successivo</p>	<p>Programma settimanale delle attività</p> <p>scheda laboratori</p> <p>PTRP</p> <p>Scheda laboratorio</p> <p>Scheda settimanale attività educative</p> <p>Bacheca</p> <p>Verbale laboratorio</p> <p>Registro attività educative individualizzate</p> <p>Relazione finale laboratorio</p>
Erogazione dei servizi	Equipe di lavoro	L'erogazione dei servizi previsti al centro rispetta gli standard previsti dalla normativa regionale,	Programma-registro attività settimanali

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
		<p>regolamento interno e carta dei servizi sulla base di appositi documenti interni di definizione e di registrazione e viene regolarmente mantenuta e tenuta sotto controllo. L'erogazione dei servizi si suddivide in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servizi socio-assistenziali - Servizi riabilitativi, educativi e di animazione - Servizi sanitari infermieristici - Servizi alberghieri - Servizi Lavanderia Pulizia 	<p>Protocolli infermieristici</p> <p>Protocolli socio-assistenziali integrati</p> <p>Turni</p>
Servizi Sanitari	<p>Medico</p> <p>Infermieri</p> <p>Coord. Infermierist.</p> <p>Medico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sin dall'ingresso in struttura ogni ospite inserito viene debitamente monitorato su tutti gli aspetti di carattere sanitario sulla base delle necessità assistenziali/sanitarie. - Sulla base di tutte le indicazioni ricevute nei vari momenti di inserimento e accoglienza e osservazione, vengono definiti interventi giornalieri e obiettivi individuali all'interno del Progetto Individualizzato, con relativa registrazione e monitoraggio di quanto definito. - Tutte le attività vengono effettuate sulla base di linee guida, protocolli e procedure attuate all'interno del Centro e sulla base delle prescrizioni mediche che di volta in volta vengono aggiornate dai medici stessi. - Regularmente vengono verificati i risultati di intervento sia a breve che a lungo termine 	<p>Cartella Infermieristica</p> <p>Cartella Medica</p> <p>Scale Valutazione</p> <p>Progetto Individualizzato</p> <p>Diario infermieristico</p> <p>Moduli sanitari (Diario infermieristico, Consegne infermieristiche, Agenda visite, Alimentazione particolareggiata)</p> <p>Cartella Medica</p> <p>Scheda Terapia</p> <p>Diario Medico</p> <p>Moduli sanitari</p> <p>Progetto Individualizzato</p>
Attività di movimentazione assistita	OSS educatore	Attività fisioterapica "indiretta", cioè tramite OSS che dopo consegna fisioterapica, adottano comportamenti idonei al fine riabilitativo (es. deambulazione assistita, mobilizzazioni a letto, ecc...).	Programmazione e registrazione Interventi
Servizi riabilitativi educativi e di animazione	<p>Psicoterapeuta</p> <p>Educatori</p>	<p>La struttura predispone attività di gruppo ed individualizzate, con cadenza pianificata e condivisa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La partecipazione degli ospiti avviene in base alle abilità/capacità di ognuno tenendo conto dei bisogni/desideri/aspettative/preferenze degli utenti e di quanto condiviso nel progetto assistenziale e riabilitativo - sono previste attività ricreative nel corso dell'anno (compleanni, festività natalizie, carnevale, etc), attività ludiche giornaliere (carte, giochi da tavolo, etc.). 	<p>Modulo Programmazione settimanale delle attività educative</p> <p>Diario delle consegne</p>
Servizio Fisioterapia	Servizio Esterno	Qualora un'ospite necessiti di prestazioni fisioterapiche ci si avvale del Servizio fisioterapia esterno o di quello prestato dalla Struttura Serenity House	Diari
Servizi di assistenza e	O.S.S.	Servizio di assistenza continua nell'arco delle 24 ore L'O.S.S. garantisce nell'arco delle 24 assistenza e supporto in tutte le azioni della vita quotidiana.	<p>Piano di lavoro O.S.S.</p> <p>Diario delle consegne</p>

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
	Addetti pulizia	<p>Il calendario settimanale delle pulizie è stabilito nel piano di lavoro delle addette delle pulizie.</p> <p>Gli operatori, terminato il turno, registrano su apposito modulo le attività svolte nella giornata.</p>	<p>Piani di lavoro</p> <p>Modulo di registrazione attività</p>
Servizio di lavanderia e guardaroba	<p>Addetta lavanderia esterna e Atena</p> <p>O.S.S.</p>	<p>Il lavaggio e la stiratura della biancheria (sia piana che personale) della struttura è affidato ad una lavanderia esterna accreditata.</p> <p>Il lavaggio e la stiratura della biancheria personale degli ospiti (per tutte le strutture del Gruppo Atena, fatta eccezione della Serenity House) è a carico della lavanderia interna sita presso la struttura Atena e viene gestita dal personale del servizio lavanderia della struttura stessa.</p> <p>La gestione del guardaroba degli utenti è affidata al personale assistenziale (o eventualmente agli utenti come attività) che ha il compito di smistare i capi personali di ogni singolo ospite.</p> <p>Tutti i capi personali dei utenti sono identificati da un numero assegnato al momento dell'ingresso in struttura.</p> <p>I cicli di lavaggio e asciugatura sono quotidiani, fatta salva la primaria necessità di assistenza e supporto agli ospiti.</p>	<p>Piano di lavoro OSS</p> <p>Diario delle consegne</p>
Servizi amministrativi e gestionali	<p>Coord. e Vicecoord.</p> <p>Responsabile Personale</p>	<p>Sostituzioni personale</p> <p>Le sostituzioni degli operatori sono effettuate dal coordinatore del servizio o in sua assenza dal vice. Per necessità superiore a tre giorni lavorativi la richiesta di ferie/permessi deve essere effettuata su apposita modulistica entro il giorno 15 del mese, mentre richieste estemporanee possono essere fatte con 7 giorni di anticipo.</p> <p>L'organizzazione dispone di figure sostitutive evitando disagio agli utenti anche in condizioni di assenze improvvise legate a malattia.</p> <p>Rendicontazione mensile</p> <p>Ogni mese il Coordinatore pianifica la turnazione mensile di tutto il personale.</p> <p>A fine mese la Responsabile del Personale verifica le ore di servizio erogate tramite il gestionale Zucchetti: le ore di lavoro risultanti sul cartellino presenze di ogni operatore devono essere rispondenti alle ore previste complessivamente dalla turnazione di lavoro, eventuali ore aggiuntive devono essere state autorizzate dal Coordinatore stesso o dal Responsabile Risorse Umane.</p> <p>A fine mese il Coordinatore invia agli Uffici della Sede eventuale modulistica di ogni dipendente relativa alle</p>	<p>I moduli sottoelencati si intendono ricompresi negli applicativi presenti nell'App Zconnect in uso individuale del dipendente:</p> <p>Modulo richiesta ferie e/o permessi</p> <p>Modulo richiesta cambio turno</p> <p>Modulo presenze operatori</p> <p>Modulo Turnazione mensile personale</p> <p>Modulistica richieste del personale (richieste permessi, permessi L.104, permessi studio, autorizzazione straordinario, ecc.)</p>

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
		presenze mensili comprensive di richieste permessi, permessi L.104, permessi studio, ecc.	
Consegne	Equipe	<p>Quotidianamente, a conclusione dell'attività svolta all'interno del servizio, il lavoratore descrive le informazioni raccolte durante il turno di lavoro di cui è importante tenere traccia per gli altri lavoratori all'interno del diario consegne nella sezione relativa alla propria figura professionale.</p> <p>Dal registro consegne è importante poter recuperare indicazioni del singolo utente e/o del servizio.</p>	Consegne integrate
Monitoraggio del servizio (indicatori e customer satisfaction)	<p>Coord.</p> <p>Direzione Atena srl</p> <p>Coord.</p> <p>Coord.</p> <p>Coord.</p>	<p>Per la buona gestione della struttura secondo le norme di certificazione, ogni struttura effettua periodici monitoraggi riguardanti il raggiungimento degli obiettivi definiti nella politica, nella mission aziendale nel piano programmatico triennale (definito da Direzione Atena srl) e di tutte le attività dichiarate in Carta Servizi.</p> <p>Tali monitoraggi sono strutturati nella tabella indicatori accreditamento e Piano della Qualità del servizio, che evidenziano il raggiungimento rispetto all'accettabilità stabilita.</p> <p>Annualmente, inoltre, viene somministrato un questionario di soddisfazione da parte del cliente/utente e/o familiare/tutore per verificare l'effettiva percezione di soddisfacimento servizio che permettere di valutare la messa in campo di nuove ulteriori azioni di miglioramento provenienti da eventuali suggerimenti lasciati in questionario customer.</p> <p>Esiste inoltre una costante rilevazione di problemi / non conformità e/o di contestazioni/suggerimenti che gli utenti e loro familiari possono effettuare tramite il modulo apposito tutte le volte che riscontrano anomalie del servizio.</p> <p>Tutte le informazioni raccolte vengono presentate all'interno del Riesame Direzione di struttura che definisce anche i nuovi obiettivi da perseguire per l'anno successivo.</p> <p>Il riesame direzione recepisce i risultati del piano programmatico triennale (definito dalla Direzione di Atena s.r.l.) ed approva i nuovi obiettivi da aggiornare all'interno del piano programmatico successivo.</p>	<p>Piano programmatico triennale</p> <p>Indicatori accreditamento</p> <p>Piano della Qualità e Monitoraggio del servizio</p> <p>Questionario Gradimento Ospiti (QGO)</p> <p>Analisi e report QGO</p> <p>Azioni di miglioramento</p> <p>Modulo non conformità</p> <p>Modulo segnalazione NC-reclamo</p> <p>Piano miglioramento</p> <p>Riesame Direzione Struttura</p> <p>Piano miglioramento</p> <p>Piano Programmatico Triennale</p>
Comunicazioni e divulgazione operatori	<p>Direzione di Struttura</p> <p>Operatori</p>	<p>I risultati riesaminati annualmente dalla struttura all'interno del Riesame, una volta condivisi con la Direzione Generale di Atena (e Resp. Qualità) ed i relativi obiettivi per l'anno successivo, devono essere divulgati con apposita riunione verbalizzata a tutto il personale. Gli obiettivi definiti da raggiungere vengono inseriti nel piano di miglioramento.</p>	<p>Verbale di riunione collettivo</p> <p>Riesame con gli allegati (indicatori, customer, nc, audit, PARS, valutazione competenze, ecc.)</p> <p>Piano miglioramento</p>

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
	Direzione Operatori	Ad ogni cambiamento di Politica, Procedure, Protocolli e regole aziendali, la Direzione di struttura provvede a trasmettere le nuove indicazioni a tutto il personale tramite riunione verbalizzata con firma di presa visione	Politiche, procedure, protocolli, regolamenti, linee guida, ecc... Verbale di riunione
Monitoraggio della Direzione	Direzione Coordinat ore Comitato Esecutivo Direzione Generale	In avvio della struttura, la Direzione consegna al Coordinatore (individuato) le specifiche del servizio da rispettare tramite l'apposita modulistica. La Direzione monitora annualmente lo stato di avanzamento del piano di miglioramento. Con diverse periodicità provvede a monitorare lo stato di avanzamento delle attività tramite richieste documentali al Coordinatore del Servizio. Mensilmente il Coordinatore consegna: - Piano della Sicurezza - Presenze degli ospiti - Rendicontazione ore per controllo rispetto minutaggi previsti; - Organico aggiornato; - Turni di lavoro Annualmente il Coordinatore consegna: - rendicontazione stato di avanzamento delle attività previste in piano di miglioramento - analisi customer satisfaction utenti; - indicatori del servizio. Alla fine del Triennio sulla base dei risultati raccolti, la direzione elabora un nuovo Piano Programmatico per gli obiettivi strategici da raggiungere	Piano di miglioramento File Piano Sicurezza Modulo Presenze ospiti Rendiconto ore mensili Elenco del personale Turnistica del personale Analisi customer satisfaction Report indicatori annuali Piano miglioramento Piano Programmatico Triennale
Requisiti Accreditamento	Coordinat ore Coordinat ore Sanitario Direttore Sanitario	Rispetto ai requisiti di accreditamento regionale l'organizzazione: - utilizza i dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi per il miglioramento delle performance; - implementa le azioni di miglioramento individuate; - monitora che le azioni intraprese abbiano raggiunto risultati desiderati tramite evidenza in Riesame Direzione, monitoraggio nel "cruscotto" indicatori della struttura e azioni/obiettivi su Piano Miglioramento che tiene	Riesame Direzione Indicatori di struttura Piano Miglioramento

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
		traccia di definizione, monitoraggio, raggiungimento e verifica di efficacia.	
Gestione Rischio Sanitario	Coordinatori e Operatori Team Rischio Clinico Risk Manager Dir. Amm. Resp. Qualità Dir. San.	Ad ogni evento critico riguardante i utenti della struttura, il coordinatore fa compilare agli operatori che rilevano l'accaduto la scheda eventi avversi e la trasmette tramite e-mail al Team Rischio Clinico per le azioni di verifica, valutazione, registrazione e avvio procedure di miglioramento. Annualmente, sulla base delle rilevazioni di eventi avversi da parte di tutte le strutture di Gruppo Atena, il Risk Manager redige il Piano Annuale Rischio Sanitario con evidenza risultati e definizione obiettivi da far convalidare alla Direzione Gruppo Atena e da far condividere tramite Responsabile Qualità ai Direttori Sanitari delle strutture che acquisiranno gli obiettivi da sviluppare nel corso dell'anno successivo.	Scheda segnalazione Eventi Registro Eventi avversi Indagine rischio clinico PARS Piano Miglioramento

11. SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO

La gestione della salute e sicurezza all'interno della struttura è garantita sia nelle condizioni ordinarie che in quelle di emergenza ponendo la massima attenzione alla salute dei propri lavoratori, degli utenti, dei familiari e dei visitatori. La struttura gestisce e tiene sotto controllo tutti gli aspetti strutturali (gli impianti e le attrezzature in uso), garantendo l'esecuzione delle manutenzioni ordinarie e straordinarie attraverso ditte specializzate.

Il personale è regolarmente formato in materia di salute e sicurezza sul lavoro nel rispetto della normativa applicabile (D.Lgs 81/08 e smi) ed è dotato di indumenti e di dispositivi di protezione individuale da utilizzare durante le attività quotidiane a tutela loro e degli utenti presenti, nel rispetto di quanto definito dal Servizio Prevenzione e Protezione del Gruppo Atena (DVR).

È presente all'interno della struttura una squadra gestione emergenza composta da lavoratori in possesso di formazione da Addetto al primo soccorso e da Addetto antincendio, il cui compito è quello di coordinare le attività ed intervenire in prima persona in tutte le situazioni di emergenza che dovessero presentarsi in struttura (sanitaria, incendio, terremoto, alluvione, blackout, ...) come previsto nel piano di emergenza. Sono periodicamente eseguite prove di emergenza testando a campione una delle situazioni di emergenza previste da piano di emergenza (incendio, ambientale, sanitaria...) al fine di sensibilizzare il personale facente parte della squadra di emergenza. All'interno della struttura sono affisse specifiche planimetrie di emergenza che indicano le vie di esodo, le uscite di emergenza ed il punto di ritrovo esterno.

Nella struttura è prevista una bacheca con cui la Struttura provvede ad apporre tutte le informazioni da fornire ai familiari ed ai visitatori riguardanti regole della struttura (anche in caso di emergenza) e report periodici sui monitoraggi delle prestazioni erogate.

12. SICUREZZA ALIMENTARE (H.A.C.C.P.)

La gestione della sicurezza alimentare all'interno della struttura è garantita tramite la predisposizione di regole di gestione alimentare, definite all'interno del Manuale HACCP (presente all'interno della struttura stessa) rispondente alla normativa HACCP.

L'HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Points) è un sistema di autocontrollo che ogni OSA (Operatore del Settore Alimentare) nel settore della produzione di alimenti deve mettere in atto al fine di valutare e stimare pericoli e rischi e stabilire misure di controllo per prevenire l'insorgere di problemi igienici e sanitari.

Tutte le strutture, che esercitano una o più attività quali la preparazione, la trasformazione, la fabbricazione, il confezionamento, il deposito, il trasporto, la distribuzione, la manipolazione, la vendita e la somministrazione di sostanze alimentari, devono garantire la sicurezza igienica degli alimenti avvalendosi di un sistema di autocontrollo basato sui principi HACCP.

Le regole definite e costantemente gestite all'interno del Centro riguardano:

- **Gestione della documentazione:** I documenti HACCP, indispensabili per dimostrare quali misure di controllo sono state adottate per prevenire l'insorgere di problemi igienici e sanitari, vengono definiti nel manuale HACCP, vengono compilati in maniera chiara e corretta, archiviati con cura e sono tenuti a disposizione per eventuali controlli.
- **Strumenti:** si intendono gli apparecchi per la refrigerazione degli alimenti deperibili e i termometri per il rilevamento e la registrazione delle temperature. Per quanto riguarda i termometri ogni struttura viene dotata di un numero di sonde pari al numero dei frigoriferi e dei congelatori e di un termometro a spillo per il controllo delle temperature sugli alimenti
- **Formazione:** Tutto il personale che viene a contatto con l'alimento sia in fase di preparazione, che in fase di somministrazione viene formato rispetto ai requisiti HACCP ai sensi della normativa regionale vigente. Ad ogni aggiornamento e relativa revisione del manuale HACCP, sarà consegnato ed illustrato lo stesso al Responsabile HACCP e sarà eseguita una formazione interna inerente alle principali procedure gestionali ed operative di controllo alimentare adottate. (vedi Manuale HACCP)
- **Locali e indumenti adeguati:** si tratta delle cucine, dei refettori, dei bagni e degli spogliatoi usati dagli addetti al contatto degli alimenti e del loro abbigliamento che deve essere idoneo dal punto di vista igienico e dal punto di vista della difesa da eventuali infortuni
- **Sanificazione:** Il piano di sanificazione è il documento di riferimento per l'effettuazione delle pulizie all'interno delle strutture. All'interno del manuale di autocontrollo è presente un'estrapolazione del piano di sanificazione
- **Gestione del sopralluogo:** Il sopralluogo consiste nella verifica e analisi in struttura da parte di personale specializzato con il compito di effettuare le analisi di controllo e per verificare la corretta compilazione delle schede
- **Gestione delle non conformità:** Il Sistema di Autocontrollo definito nel Manuale prevede la gestione e la tracciabilità delle non conformità che vengono evidenziate, gestite e risolte direttamente dal Responsabile Autocontrollo all'interno della struttura. Per casi particolari il Responsabile Autocontrollo può segnalare la non conformità alla sede centrale della Struttura per la risoluzione della stessa.

Il manuale di Autocontrollo e la relativa gestione documentale sono riportati all'interno del modulo "elenco Documentazione di Riferimento" e viene archiviato all'interno della cucina/locale porzionamento sotto la responsabilità del Responsabile Autocontrollo del Centro.

13. PRIVACY E RISERVATEZZA

All'interno del Centro vengono garantite massima riservatezza e privacy secondo quanto stabilito nel GDPR 679/16 sia per l'utente (e relativo contesto familiare) che per l'operatore che svolge il suo lavoro. Le regole definite secondo il sistema Privacy garantiscono da una parte la buona gestione di divulgazione informative e recupero consensi all'utilizzo dei dati, e dall'altra la buona gestione delle modalità di custodia dei dati.

Riguardo la gestione delle informative e l'acquisizione dei consensi degli interessati l'incaricato (di norma il responsabile della struttura) provvede a consegnare all'atto dell'ingresso nel centro, l'informativa privacy all'utente (o al suo familiare / amministratore / tutore) richiedendo il consenso modulato a seconda delle necessità.

Oltre al trattamento dati obbligatorio per lo svolgimento del servizio (di norma regolamentati dal contratto tra il utente ed il Centro), viene richiesto un consenso per il trattamento di foto e video per finalità connesse ai servizi educativi e/o terapeutici offerti, ed in particolare per documentare le attività facoltative di animazione e socializzazione, compresi spettacoli teatrali, eventi di fine anno, uscite educative esterne e laboratori, o la realizzazione di foto ricordo o la realizzazione di album o filmati destinati ad un utilizzo per fini personali, in ambito familiare o amicale, o per esposizione all'interno della struttura e non alla diffusione ed un consenso per trattamenti per scopi di marketing e promozione: la gestione di foto e video per finalità connesse alle attività di marketing e di promozione della Struttura in eventi di sensibilizzazione del settore socio sanitario o per la pubblicazione su testate giornalistiche o social networks.

In tutti i casi di somministrazione di consenso, dopo avere sottoposto il consenso all'interessato, il delegato:

- archivia il consenso debitamente firmato (e la relativa informativa) nella cartella individuale dell'interessato per la protocollazione
- Annota dell'acquisizione o della mancata acquisizione del consenso in relazione ai trattamenti nel registro dei consensi e delle revoche.

Riguardo le modalità di una idonea custodia degli atti e documenti affidati al Centro, i dati devono essere raccolti e trattati unicamente per finalità inerenti l'attività svolta. È necessaria la periodica verifica della completezza e pertinenza dei dati trattati.

Gli atti e documenti su supporto cartaceo, organizzati per pratiche, sono conservati all'interno di armadi protetti mediante ante chiuse a chiave e schedari, archivi, raccoglitori posti all'interno di stanze/uffici, protetti mediante chiusura a chiave. Nei suddetti contesti è vietato l'accesso a qualsiasi persona diversa dai Responsabili, dai collaboratori e dai lavoratori del Gruppo Atena preliminarmente autorizzati – designati. Nessun visitatore o terzo estraneo (es. addetto alla manutenzione, addetto alle pulizie, familiari) può accedere alla documentazione contenente dati personali.

Sia i Responsabili sia gli incaricati sono direttamente e personalmente responsabili della documentazione cartacea contenente dati personali oltre che delle proprie agende personali e di quella utilizzata nella struttura/sede, se presente, della sua conservazione riservata e della sua sicurezza.

Ai dispositivi elettronici portatili contenenti dati personali (palmari, cellulari e simili) si applicano tutte le regole di utilizzo previste per i personal computer, con particolare attenzione e responsabilità diretta dell'utilizzatore (incaricato e/o responsabile) per la preventiva rimozione di dati riservati prima della riconsegna, di una manutenzione e più in generale alla gestione della riservatezza dei dati trattati, in conformità con le disposizioni di legge vigenti.

È proibito discutere, comunicare o trattare dati personali per telefono se non si è certi che l'interlocutore sia un incaricato, una persona autorizzata a trattare i dati in questione; non si possono comunicare i dati a terzi non autorizzati. Si raccomanda vivamente di non parlare mai ad alta voce, trattando dati personali per telefono, soprattutto utilizzando cellulari, o anche fuori, in presenza di terzi non autorizzati.

Le chiavi delle stanze, uffici, ambienti, armadi e/o archivi sono custodite dai responsabili e dagli incaricati specificatamente delegati, secondo le disposizioni organizzative vigenti. La loro custodia, qualora siano assegnate, dovrà essere effettuata con la dovuta diligenza. Delle chiavi non devono essere fatti duplicati e ne deve essere comunicata tempestivamente l'eventuale perdita al proprio responsabile.

Qualora i documenti dovessero essere trasportati all'esterno del posto di lavoro, l'incaricato deve tenere sempre con sé la cartella o la borsa, nella quale i documenti sono contenuti; deve inoltre evitare che sia possibile esaminare, da parte di un soggetto terzo non autorizzato, anche solo la copertina del documento in questione.

Durante il trasporto il porta-documenti o la cartella non devono essere lasciati incustoditi e preferibilmente deve essere tenuta chiusa a chiave o devono essere azionate le serrature presenti sulla cartella o valigia.

Il mancato rispetto o la violazione delle regole contenute nel presente regolamento è perseguibile con provvedimenti disciplinari nonché con le azioni civili e penali consentite.

Il MOP manuale Operativo Privacy e la relativa gestione documentale sono riportati all'interno del modulo "elenco Documentazione di Riferimento" e viene archiviato all'interno dell'ufficio di coordinamento della struttura e degli Uffici della Direzione Aziendale.

14. GESTIONE DELLE EMERGENZE

Si indicano come emergenze tutte quelle situazioni non prevedibili che mettano improvvisamente a rischio il normale svolgimento del servizio, e che richiedano un immediato e tempestivo intervento, relative a eventi critici di tipo organizzativo o tecnologiche, quali:

- copertura dei turni
- guasti agli impianti e ai mezzi/attrezzature necessari allo svolgimento del servizio, sia di tipo tecnico che informatico
- situazioni metereologiche avverse, in particolare nevicate
- incendio o terremoto, per i quali si rimanda al Piano di evacuazione.

A livello aziendale sono state definite specifiche procedure di gestione dell'emergenza per ciascuna tipologia di evento critico (vedi Documenti di riferimento). Il coordinamento degli interventi previsti spetta al coordinatore o, in sua assenza, al vicecoordinatore, agli infermieri - educatori – animatori.

Laddove l'evento critico abbia una ricaduta negativa sugli utenti, i familiari o i rappresentanti legali saranno avvisati telefonicamente:

- dall'infermiere se presente in caso di problemi sanitari, invio in Pronto Soccorso, o decesso
- dal coordinatore, o suo sostituto, negli altri casi o in assenza dall'infermiere.

EMERGENZA COVID-19

Una delle emergenze su cui risulta necessario dal 2020 in avanti porre particolare attenzione riguarda la crisi sanitaria mondiale causata dal Coronavirus (COVID-19) che a partire da inizio 2020 ha causato enormi difficoltà alle persone, alle attività ed al sistema economico-finanziario e di conseguenza ha obbligato ad adeguarsi ad una serie di norme nazionali e regionali e di regole sanitarie e aziendali da applicare nella gestione dell'attività quotidiana, soprattutto vista la fragilità delle persone a cui viene erogato il servizio.

Il Gruppo Atena ha provveduto a definire protocolli sanitari, procedure di applicazione e tracciabilità di avvenuta formazione (anche tramite FAD) e presa visione da parte di tutto il personale, oltreché a distribuire gli adeguati dispositivi di protezione individuale e di struttura per limitare per quanto possibile la diffusione del virus. La struttura provvede ad acquisire tali procedure/protocolli (da inserire in Elenco Documenti di Riferimento), informare / formare i propri lavoratori sulle regole di comportamento (facendo firmare l'avvenuta formazione e presa visione ai lavoratori stessi) e consegnare i dispositivi di protezione adeguati per la gestione del virus, oltreché predisporre ferree regole di comunicazione del personale da seguire in caso di sintomi evidenziati dal singolo lavoratore e/o utente. Per tutto ciò si rimanda ai protocolli sanitari COVID-19.

Rispetto agli utenti ogni struttura provvede ad informare gli ospiti riguardo il virus ed i relativi rischi. Inoltre, mette a disposizione strumenti informatici per mettere in collegamento i familiari con l'ospite in caso di chiusura verso l'esterno della struttura stessa. Nel momento della riapertura la programmazione degli incontri secondo le indicazioni del DPCM per permettere il contatto con i familiari è gestita tramite la definizione di aree in cui si può garantire il distanziamento fisico ed il controllo da parte degli operatori. Anche in chiusura COVID-19 si garantisce l'accompagnamento al fine vita per i familiari.

All'interno della struttura viene gestita la tracciabilità di regole definite e registrazioni di avvenuta formazione del personale.

È stato aggiornato il Documento di Valutazione dei Rischi tenendo conto delle procedure per la riduzione del rischio da COVID-19, individuate, in coerenza con le presenti linee guida, nel protocollo di regolamentazione per il contenimento della diffusione del COVID.

La rimodulazione delle attività del centro ha permesso la frequenza parziale in piccoli gruppi, a turni e a giornate alterne, sono stati rimodulati i progetti personalizzati e i sostegni da mettere in atto attraverso la rivalutazione dei bisogni, desideri e aspettative della persona con disabilità e della famiglia, in modo tale che le risposte siano quanto più coerenti, accurate e personalizzate possibile, nel rispetto delle misure / procedure da attivare a tutela della salute delle stesse persone con disabilità, degli operatori, delle famiglie e dei volontari.

Nella progettazione individuale, sono tenute in considerazione prioritaria i bisogni, le aspettative e le esigenze di autonomia delle persone con problematiche mentali, disabilità ed anziane e delle loro famiglie, modulando i seguenti interventi:

- Servizi a distanza con contatto telefonico o video chiamate;
- Servizi individuali domiciliari;
- Servizi individuali o in piccoli gruppi resi nel rispetto delle direttive sanitarie negli stessi luoghi ove si svolge normalmente il servizio.

Negli interventi assistenziali e educativi sono implementati gli interventi allo scopo di facilitare la comprensione del contesto da parte delle persone con disabilità, ad offrire sostegno psicologico e ad aumentare il più possibile la capacità delle stesse persone assistite di fronteggiare l'emergenza a partire dalla spiegazione con modalità comprensibili delle norme di sicurezza (distanziamento fisico, igiene delle mani, uso delle mascherine). Si rimanda nello specifico a quanto definito nei singoli progetti di vita individuali.