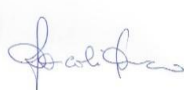


PIANO QUALITA'

VILLA VERDE

STRUTTURA PER PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI

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

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 assistenziali rivolti alle persone anziane non autosufficienti inserite presso la struttura VILLA VERDE.

Le tipologie di nucleo in cui viene applicato il presente documento organizzativo sono i seguenti:

- Residenza Protetta Anziani (RP/R3) 23 posti letto di cui 20 convenzionati e 3 in libero mercato

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 la Struttura deve sottostare alle normative vigenti che definiscono regole di Autorizzazione e Accreditamento, di contribuzione da parte del Servizio Sanitario e di gestione attività rivolte all'assistenza di anziani non autosufficienti. 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 la Struttura 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 della Residenza 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.

PAI: Piano Assistenziale Individualizzato.

Utente: Persona Anziana a favore della quale si esplicano gli effetti del servizio socio-assistenziale e socio-sanitario, destinatario finale del servizio.

salute: massimo stato di benessere raggiungibile in rapporto alle condizioni di autonomia funzionale esistente, rispetto alle esigenze fisiche, psichiche e sociali.

Valutazione Multidimensionale: analisi della persona anziana volta ad accertare il suo grado di autonomia in riferimento almeno alle seguenti dimensioni: fisiche-funzionali, psichiche e cognitive, sociali e familiari, sanitarie. Tale analisi è eseguita nell'ambito di una equipe multiprofessionale.

4. METODI DI COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE

Durante la permanenza in struttura le comunicazioni con l'ospite ed i familiari (tutori, amministratori) avvengono tramite:

- informazioni tramite carta dei servizi/regolamento/contratto/documenti relativi ai servizi della struttura (e della vita interna) e dei servizi territoriali invianti;
- Incontri individuali specifici con i vari professionisti (incontri con il familiare di medico, fisioterapista, RAA, Coordinatore) per valutazione/rilevazione delle necessità/esigenze dell'ospite (tracciabilità nei documenti gestiti dai professionisti);
- Condivisioni degli obiettivi di PAI e delle relative verifiche di raggiungimento obiettivi definiti;
- Apertura della struttura per attività aperta al territorio (feste, eventi, presentazioni laboratoriali, informazione e formazione, ecc..)
- Risposte telefoniche al familiare di riferimento da parte delle figure professionali limitatamente al proprio ambito professionale (definite all'interno dell'organigramma di struttura);
- Gestione amministrativa dell'ospite (fatturazione, aspetti documentali amministrativi) tramite mail e telefono.

Gli incontri specifici sono programmati in modalità e tempi concordando le esigenze organizzative, sanitarie e relazionali degli utenti stessi e dei loro familiari o figure di tutela.

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 periodica condivisione del progetto individualizzato, prevedendo comunque uno scambio proficuo riguardo le 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 Utenti / 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, il paziente e/o familiare/tutore/AdS può richiedere tramite e-mail alla struttura la documentazione sanitaria (a titolo esemplificativo: relazione medica di aggiornamento clinico, refertazione visita specialistica, PAI 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 direttoresanitario@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 della Residenza, 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 Struttura anziani (contenente: la natura del servizio e le caratteristiche degli ospiti/pazienti alle quali lo stesso è destinato; strategie atte a garantire un'elevata qualità assistenziale; ricerca di ottimali livelli di salute; sviluppo delle capacità funzionali residue; approccio globale alla persona; 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/pazienti e requisiti specifici richiesti dall'autorizzazione regionale vigente).

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 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 Comunità e dei materiali di quotidiano utilizzo.
- **PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE**
 - Monitoraggio sanitario;
 - Approvvigionamento, preparazione e somministrazione delle terapie farmacologiche;
 - Rapporto con MMG e familiari;
 - Gestione presidi;
 - erogazione di prestazioni sanitarie;
 - programmazione e gestione visite ed eventuali interventi sanitari in presidi ospedalieri;
 - rapporto con asl per gestione del debito informativo.
- **PRESTAZIONI MEDICHE (con Medico interno)**
 - Diagnosi/anamnesi del paziente;
 - Prestazioni terapie e contenzioni;
 - Attività sanitaria all'interno della struttura
 - Visite in via di urgenza tra le 8 e le 20 (anche al di fuori degli accessi previsti)
 - Partecipazione agli incontri di programmazione della struttura;
 - Partecipazione incontri periodici di verifica della struttura;
 - Tenuta e aggiornamento della cartella sanitaria
- **PRESTAZIONI EDUCATIVE/ANIMAZIONE**

- Attività di animazione rivolte all'autonomia personale del soggetto, secondo le indicazioni del PAI;
- Attività occupazionali/ricreative;
- Attività espressive, ludiche e di animazione all'interno e fuori della Struttura;
- Attività Socializzanti;
- ALTRE ATTIVITA'
 - Attività di pulizia e sanificazione ambientale;
 - Attività di lavanderia e guardaroba;
 - Attività di sporzionamento 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 (contratto di servizio, requisiti specifici accreditamento, Capitolato, Convenzione, bando, ecc...) che stabilisce le regole di attività da svolgere. Vedasi scheda del servizio

7. REQUISITI DEL PERSONALE

Per l'attuazione delle prestazioni oggetto del Servizio è richiesto personale, fisso e sostituto in possesso dei requisiti richiesti dal Capitolato d'appalto/Contratto di servizio/gestione diretta.

Le figure prof.li che possono essere presenti all'interno del Servizio sono le seguenti:

- DIRETTORE SANITARIO;
- RISK MANAGER;
- COORDINATORE SANITARIO;
- COORDINATORE INFERMIERISTICO;
- MEDICO interno;
- INFERMIERE;
- OPERATORE SOCIO SANITARIO;
- EDUCATORE PROFESSIONALE/ANIMATORE;
- AUSILIARIO/PULIZIE (vedi mansionario aziendale);
- OSS AUTISTA E ACCOMPAGNATORE TRASPORTO (req. di guida Patente specifica, vedi mansionario);
- ADDETTO ALLA LAVANDERIA E GUARDAROBA.

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) 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;
- d) Tutta l'équipe deve mantenere un contegno professionale corretto e rispettoso nel pieno rispetto della tutela della privacy.

La struttura per anziani, 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 alla persona anziana;
- Competenze di conoscenza dei problemi di comprensione e uso del linguaggio verbale o delle problematiche relazionali specifiche (in particolar modo nel caso di anziani con demenza);
- Competenze di promozione dell'autonomia, dell'autodeterminazione e dell'auto-rappresentanza della persona anziana;
- Competenze di collaborazione interdisciplinare e di inquadramento del proprio ruolo in plurimi contesti di lavoro (formali e informali).

8. ORGANIZZAZIONE INTERNA

La struttura organizzativa della Residenza, si inserisce all'interno dell'area gestione servizi definito all'interno del seguente organigramma:

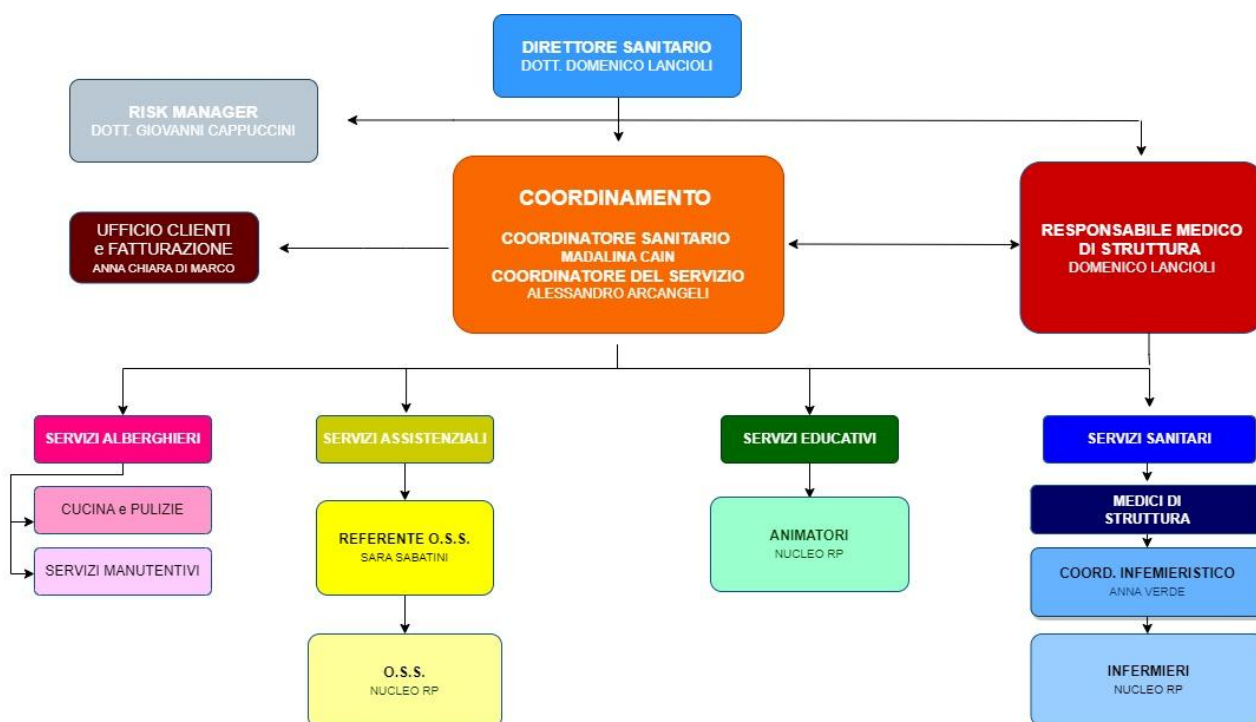


Fig. 1. L'Organigramma del Servizio può variare in base alle specificità dell'Utenza e dei requisiti della struttura, viene quindi predisposto all'interno della Struttura / Servizio con i nominativi di riferimento ed è affisso in bacheca.

9. ELENCO INFORMAZIONI DOCUMENTATE

Per poter dimostrare il rispetto delle regole definite la struttura 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.

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
<u>Documento di riferimento</u>	Resp. Sistema Qualità	Direzione di Struttura

(Procedura, Istr. Operativa, Istr. Tecnica di struttura, Protocollo, Documento Organizzativo Gestionale, ecc..)		• amministrativa • sanitaria
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 (UNI 10881)

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
Requisiti generali del servizio	Direzione aziendale	La direzione ha definito e tiene aggiornati i documenti direzionali con i quali comunica agli stakeholder 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
	Coord. Coordinatore infermieristico	Inoltre, la struttura adotta specifici protocolli necessari per la definizione di regole operative a cui il personale deve attenersi. Tra i vari protocolli adottati si evidenziano quelli stabiliti dalla normativa UNI 10881 di seguito riportati: - alzata; - mobilitazione; - deambulazione assistita; - posturazione antidecubito; - igiene personale; - caduta; - incontinenza; - contenzione; - fughe; - decesso; - proprietà dell'ospite; - emergenze cliniche; - emergenze organizzative; - emergenze tecnologiche.	Bacheca documenti sito aziendale H02 Monitoraggio igiene H03 Monitor. gestione reparto H04 Monitor. assunzione pasti VV05 Monitoraggio diuresi VV08 Monitoraggio idratazione H07 Controllo igienizz. a fondo
	Operatori	Tale documentazione viene gestita all'interno dell'elenco documenti di riferimento Si elencano anche i protocolli di accreditamento richiesti dai requisiti obbligatori.	D 02 richiesta revoca medico D 03 Modulo cambio medico D 10 Scheda unica terapia D 11 Modulo farmaci e depot D 13 monitor. parametri vitali D 14 Rilevazione glicemia e somministrazione insulina D 18 Monitoraggio evacuazioni D 27 Approvvigionam. farmaci D 29 Checklist carrello emerg. D 30 Controllo defibrillatore VV 01 Mod.ingr. libero mercato VV 02 Scheda nuovi ingressi prima dell'accesso VV 03 Somministrazione terapia anticoagulante VV 04 Modulo gestione catetere vescicale VV 06 PAI VV 09 Controllo scad. farmaci VV 12 Scheda prescrizione

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
			utilizzo mezzi contenzione
Informazioni all'utente	Coord. Servizi Socio Sanitari esterni	Nel momento in cui si libera un posto letto all'interno della struttura, il Coordinatore provvede a comunicare al responsabile ingressi aziendale che chiederà a sua volta all'ente pubblico UVI/COT URBINO di riferimento che gestisce la lista di attesa, la lista aggiornata coi nominativi da contattare per il percorso di inserimento da attuare nel più breve tempo possibile. Il referente Ingressi riguardo i posti accreditati, che gestisce la lista d'attesa provvede a comunicare al coordinatore di struttura il candidato selezionato (primo in lista di attesa) ed il referente da contattare per programmare l'ingresso.	Lista di attesa esterna Comunicazione nominativo da inserire (da parte dell'ente esterno)
	Coordinatore	Libero Mercato Il coordinatore accede ad una lista interna (attivata dall'ufficio apposito che raccoglie le domande) od anche, sulla base di prassi eventualmente consolidate, dietro segnalazione di assistenti sociali, nell'ambito della collaborazione con i referenti istituzionali. (La lista di attesa c/o gli uffici viene alimentata tramite richieste telefoniche (e successiva mail) e permette di dare ausilio ai coordinatori delle strutture trasmettendo in caso di posti liberi, nominativi di ospiti da contattare per successivo inserimento)	Lista di attesa (ufficio ATENA)
	Coordinatore	RP/Libero Mercato Una volta ricevuto il nominativo, il Coordinatore provvede a contattare il familiare dell'utente/paziente (e se ricoverato il presidio ospedaliero dove è ricoverato) da inserire iniziando la fase di colloquio tramite la trasmissione delle seguenti informazioni: - presentazione della struttura; - disponibilità del posto; - regole di struttura e retta giornaliera; - invio di Carta Servizi e Regolamento. Concomitante nella telefonata il coordinatore richiede/fornisce le seguenti informazioni: - se è già presente un assistente sociale che segue il caso (nome, telefono, mail) - (informazione utile per recepire informazioni precise su aspetti sociali e amministrativi); - informazioni rispetto al medico di base (eventuale cambio del medico);	Comunicazione telefonica e invio tramite mail di: - Carta dei servizi - Regolamento interno Documenti di accesso in struttura

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
	Familiare/Tutore	- eventuale cambio di residenza (informazione trasmessa dal coordinatore alla famiglia); - documenti amministrativi da presentare in ingresso (carta identità, tessera sanitaria, ecc) - eventuali aspetti relativi al vaccino COVID - documenti sanitari da presentare nel successivo colloquio in ingresso. A chiusura di telefonata viene definito il giorno d'ingresso (nel caso anche con il Presidio Ospedaliero) Tutte le informazioni raccolte telefonicamente vengono riportate all'interno del verbale protocollo di inserimento per condividerle il giorno di ingresso. Le informazioni relative al preingresso raccolte vengono condivise su Agenda struttura - comunicazioni	Verbale protocollo di ingresso Scheda pre-ingresso Agenda Segnalazione Verbale protocollo di ingresso
	Coord.	Tutte le informazioni raccolte telefonicamente vengono riportate all'interno del verbale protocollo di inserimento per condividerle il giorno di ingresso.	Scheda pre-ingresso
	Familiare	Le varie figure professionali della struttura reperiscono le informazioni per poter compilare la scheda pre-ingresso da poter trasmettere almeno un giorno prima dell'ingresso a tutto il personale, per la predisposizione dell'inserimento.	Segnalazione agli operatori sezione comunicazioni
	Infermieri e RAA	Un giorno prima dell'ingresso (in casi di inserimenti in giornata, nel più breve tempo possibile) il COORDINATORE, O IL RAS o RAA predispone comunicazione scritta (segnalazione tramite software) di inserimento nuovo ospite/paziente a tutto il personale per la predisposizione degli spazi e degli operatori per l'arrivo del nuovo ospite/paziente.	Verbale protocollo di ingresso
	RAS o RAA	Il coordinatore in fase di ingresso provvede a condividere e verbalizzare con la famiglia/tutore dell'ospite inserito tutte le informazioni raccolte ed i documenti condivisi, presentando la struttura e tutte le caratteristiche del servizio all'interno del verbale protocollo di ingresso.	Contratto di ospitalità Consenso privacy
	Coord. famiglia	In tale occasione compila il contratto di ospitalità e reperisce il consenso privacy e aprire Cartella Sanitaria	Cartella Sanitaria
Registraz. "Alloggiati"	Coordinatore	Nella giornata di inserimento del nuovo ospite, il Coordinatore provvede ad inserire sul portale della questura "Alloggiati" il nuovo ospite sulla base delle regole nazionali definite.	Portale "Alloggiati" Questura
Testo Unico delle leggi di Pubblica Sicurezza Art.109	Coordinatore	Registrazione Compilare la parte burocratica cartacea e informatica prevista (registrazione portale alloggiati), aggiornamento movimento; *Le persone che accedono ai servizi per un periodo di temporaneità e con residenza fuori comune di riferimento	Polizia di Stato Centro Elettronico Nazionale Registro Presenza (NAS)

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
Accessibilità dell'ospite	Equipe	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.	Carta Servizi multilingue PAI Menu personalizzato Cartella Sanitaria
Fase di Ammissione	Operatori	La fase di ammissione (presa in carico iniziale in osservazione) della durata di circa 30 si suddivide in 2 momenti: - INGRESSO IN STRUTTURA - FASE DI OSSERVAZIONE Ingresso in struttura, periodo molto critico di adattamento dell'utente alla nuova "casa" e di comprensione da parte degli operatori di esigenze, aspettative, comportamenti del nuovo ospite e di prime definizioni di interventi primari necessari alla quotidianità ed all'integrazione. Nei primi giorni il nuovo ospite viene inserito nella programmazione giornaliero (tramite pianificazione attività quotidiane socio-assistenziali-sanitarie) e verrà aiutato da tutte le parti interessate per superare le criticità di adattamento. L'ospite viene registrato nelle attività quotidiane in cui è stato inserito 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.	- Valutazione Multidimensionale socio-sanitaria dell'utente - pianificazione attività
		Infermiere	- Consegna individuale - Scale valutazione - monitoraggi sanitari Diari consegne Cartella Integrata - Documentazione sanitaria dell'ospite - parametri vitali all'ingresso - diario infermieristico
		OSS	
		Fisioterap.	- attività quotidiane - scheda valut. terapeutica; - diario fisioterapico - scheda ausili ospiti

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
	Animatore Infermiere Medico Equipe	Nelle 48 ore il fisioterapista provvede ad effettuare valutazione terapeutica e compila diario fisioterapista e scheda ausili ospiti Entro 7 giorni dall'ingresso (entro 15 giorni, in caso di difficoltà di adattamento l'animatore effettua un colloquio con il nuovo inserito provvedendo a compilare la scheda valutazione socio-educativa, utile a recepire tutte le informazioni relative al contesto di vita dell'anziano inserito su cui poter individuare obiettivi personalizzati finalizzati al benessere della persona. Sulla base delle osservazioni e le relative valutazioni, provvede a proporre obiettivi di PAI. 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 del paziente inserito e dei dati raccolti. Predisporre la scheda terapia ed eventuale scheda contenzioni Periodo di osservazione nel quale 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. La fase di ammissione si conclude con la predisposizione del PAI dove sarà possibile definire interventi personalizzati sulla base delle osservazioni all'utente inserito.	- Scheda valutazione socio-educativa (storie esperienze sociali) - cartella clinica - anamnesi o diagnosi - Scheda Unica Terapia - Foglio contenzioni - Diario clinico - Allergie PAI
Conoscenza dell'utente	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	- Consegna individuale - Cartella integrata
Piano assistenziale individualizzato	Coord. Operatori Infermiere Coord Inf Stake-	Per ogni utente viene predisposto un Piano Personalizzato o Progetto individualizzato, nel caso in cui l'intervento nei confronti dell'utente non risulti già coperto da linee guida o protocolli già consolidati in struttura. Le regole di stesura, tempistiche e modalità di predisposizione del PAI sono definite all'interno dell'allegato Protocollo Gestione Progettazione individualizzata Il Progetto individuale viene definito sulla base: - delle caratteristiche dell'utente, dei suoi bisogni e del	Protocollo Gestione Progettazione Individualizzata o P.A.I prima emissione entro 30 gg rivalutazione intermedia entro 6 mesi Verifica finale entro

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
	holder Tutor	contesto sociale e familiare; - dei risultati attesi; - delle capacità di risposta in termini organizzativi Il progetto/piano viene predisposto con la condivisione e partecipazione dei familiari e/o committenti (se possibile degli utenti). È definito per ogni utente inserito il referente operativo (tutor o referente del caso)	12 mesi Firme di partecipazione e condivisione all'interno del PAI Tutor (inserire info su PAI sul cartaceo stampato e firmato)
Informazioni contenute nel PAI (4.7.7)	Tutor Operatori	All'interno del PAI sono inserite le seguenti informazioni: - referente del caso; - individuazione dei bisogni (da parte della struttura); - le modalità di condivisione del nucleo familiare di origine (se possibile); - gli obiettivi definiti dalla Struttura; - le singole attività e le caratteristiche per tipo di intervento; gli strumenti e i metodi di intervento; - i tempi indicativi di realizzazione e frequenza degli interventi; - l'individuazione dei resp. degli interventi; - gli strumenti e le modalità di verifica; - le procedure e i tempi per la revisione	Tutor (inserire info su equipe) Bisogni (inserire su note a fine descrizione x area) (Descritto su procedura) Obiettivi di singola area Su sezione Interventi inserire: - descrizione interventi, strumenti, metodi e frequenza di intervento, strumenti e modalità di verifica, eventuali revisioni Resp. intervento
Obiettivi programma personalizzato/progetto assistenziale (4.7.7)	Operatori	All'interno del P.A.I. per ogni singola area 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.	○ P.A.I. ○ Verbale di équipe ○ Test / Scale di valutazione
Realizzazione e servizi e verifica risultati (4.8)	Coord. Operatori	Una volta definito il PAI, la struttura avvia l'attuazione dello stesso. Tutte le informazioni raccolte sono inserite in una cartella personale per ogni ospite contenente la seguente documentazione: - dati anagrafici; - dati anamnestici sociali e sanitari; - PAI e percorso individuato; - tracciabilità relativa agli interventi sanitari e socio-sanitari funzionali al PAI; - risultati dei controlli periodici; - dinamiche e problematiche individuali in rapporto al gruppo; - risultati della verifica finale.	- Cartella utente - dati anamnestici - P.A.I. - registrazioni interventi PAI - verifiche PAI - diari ospiti

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
Interventi del PAI (4.8.3)	Coord. Tutor Equipe	La struttura effettua una attività di controllo degli interventi definiti nel PAI al fine di garantire gli obiettivi progettuali definiti. Tale controllo avviene registrando puntualmente gli interventi individualizzati su cui l'operatore di riferimento opera per il raggiungimento dell'obiettivo definito all'interno del PAI	- registrazioni interventi PAI a)
Valutazione e revisione del PAI (4.8.4 – 4.8.5)	Tutor Equipe	L'equipe effettua un riesame semestrale del PAI per verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi definiti (chiusura del PAI) e l'eventuale definizione di nuovi obiettivi. I risultati della verifica di chiusura vanno registrati riportando il raggiungimento degli obiettivi e la necessità di prolungare o modificare gli obiettivi (apertura nuovo PAI). Il sistema di valutazione di risultati si basa sui criteri e valori definiti in apertura PAI all'interno degli interventi di singola area di intervento	PAI verifica di chiusura Test di valutazione PAI riapertura nuovo PAI
Coinvolgimento dei familiari (4.8.7)	Equipe	In tutte le fasi di elaborazione, verifica ed eventuale modifica di obiettivo (a causa di intervenute variazioni nelle condizioni dell'ospite) la struttura provvede a condividere con i familiari che vengono costantemente informati e coinvolti rispetto agli obiettivi definiti dall'Equipe della struttura.	- Firma di condivisione del familiare dell'ospite alla prima emissione PAI - Per risultati di verifica ed eventuali modifiche i familiari vengono informati con colloquio (verbalizzato)
Diffusione informazioni i risultati di PAI (4.8.8)	Coord Equipe	La struttura diffonde le informazioni relative agli obiettivi, interventi e verifiche (con relativi risultati) di PAI al personale tramite il software gestionale utenti della struttura e tramite i collettivi di struttura	- Comunicazioni su diari consegne - verbale collettivi
Promozione della salute	Infermiere	Sin dall'ingresso in struttura ogni Utente 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 sanitari con relativa registrazione e monitoraggio di quanto definito. Tutte le attività vengono effettuate sulla base di appositi protocolli debitamente definiti e attuati all'interno della Struttura e sulla base delle prescrizioni mediche che di volta in volta vengono aggiornate dai medici stessi, informando le famiglie (eventi significativi). Regolarmente vengono verificati i risultati di intervento sia a breve che a lungo termine	b) scale valutazione infermieristiche e fisioterapiche ed assistenziali c) pai d) area sanitaria - area socio-relazionale- Area assistenziale - Area FKT - Area psicologica e) diario infermieristico f) moduli sanitari g) protocolli infermieristici e relativa modulistica h) foglio terapia

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
Accesso alle cure e interventi	Familiari Coord. Operatori	Tutte le attività di gestione delle cure e interventi di prevenzione sono gestiti dall'equipe di professionisti che, sulla base di un lavoro multidisciplinare integrato, effettuano gli interventi di pertinenza nel rispetto della presa in carico loro assegnata, che provvede a pianificare, organizzare e gestire gli interventi necessari, assistendo l'ospite riguardo eventuali cure e interventi da effettuare all'esterno della struttura stessa. Le risultanze di eventuali interventi o controlli effettuati all'esterno vengono archiviate nella cartella dell'utente.	i) Cartella integrata
Gestione del Farmaco	Infermiere MMG Infermiere Infermiere Infermiere MMG Infermiere	In caso di necessità dell'utente la struttura prende in carico la gestione della somministrazione farmaci nel seguente modo: ○ Prescrizione del medico; ○ Gestione del farmaco ○ Gestione della somministrazione La prescrizione del medico viene registrata dal medico sul Modulo Scheda Terapia (dove sono indicate le modalità e la posologia dei farmaci da somministrare) e firmata dal medico stesso. La prescrizione va effettuata ad ogni modifica di somministrazione farmaco. Riguardo la gestione del farmaco, la residenza, nel rispetto di quanto previsto nel contratto di servizio, si approvvigiona dei farmaci nelle modalità indicate nello stesso. Il farmaco in entrata viene controllato dall'infermiere che lo riceve al momento del suo ingresso in turno: ne controlla la data di scadenza e ne valuta l'integrità e la corrispondenza (flaconi chiusi, blister non tagliati, medicine esclusivamente dentro il blister e non aperte, apparente buono stato di conservazione), evidenziando la data di scadenza sulla confezione. le confezioni non conformi e/o scadute vengono smaltite nei modi previsti Le scadenze dei farmaci vengono tenute sotto controllo tramite la "Scheda controllo scadenze farmaci". Quest'ultimo modulo viene archiviato nell'armadietto dei farmaci in maniera visibile. Ogni mese l'infermiere verifica le scadenze dei medicinali conservati e provvede a smaltire i farmaci in scadenza. l'infermiere, una volta effettuata la somministrazione effettua la registrazione nella apposita modalità prevista dalla cartella socio sanitaria elettronica Il foglio terapia compilato va aggiornato ad ogni cambio di terapia dell'ospite (a seguito di presentazione di prescrizione) da parte del MMG.	○ protocolli infermieristici; ○ protocollo per una corretta gestione e conservazione dei farmaci; ○ protocollo per la ○ somministrazione della terapia Scheda Unica Terapia ???? ○ Scheda controllo scadenze farmaci ○ Modulo somministrazione terapia Scheda Unica Terapia

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
Servizi Sanitari	Infermieri Infermieri MMG RAS MMG	○ 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 apposite istruzioni tecniche debitamente definite e attuate all'interno del Centro e sulla base delle prescrizioni mediche che di volta in volta vengono aggiornate dai medici stessi. ○ Regolarmente vengono verificati i risultati di intervento sia a breve che a lungo termine	Cartella Infermieristica Cartella Medica Scale Valutazione Progetto Individualizzato Diario infermieristico Moduli sanitari Cartella Medica Foglio Terapia Diario Medico Moduli sanitari Progetto Individualizzato
Fase di Dimissione / Decesso	Coord.	Le regole di dimissione sono definite all'interno del Protocollo Gestione Dimissioni e all'interno della Carta Servizi che regola le motivazioni consentite per dimissioni dell'utente, secondo le modalità previste anche nel Contratto di Ospitalità. In caso di Decesso, oltre alla gestione delle fasi di "accompagnamento alla morte", momento delicato da gestire sia con il paziente che con i familiari, sono definite all'interno del Protocollo gestione decesso le modalità da seguire nelle ore successive alla morte.	Protocollo Gestione Dimissione Utente j) Cartella ospite k) Carta Servizi l) Contratto di Ospitalità Protocollo Accompagnamento alla morte Protocollo Gestione dei decessi
Tutela della salute e sicurezza	Preposto/ resp. acquisti e manutenzioni 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 della Cooperativa. 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	m) Piano della sicurezza-pagine: manutenzioni n) Piano formativo dell'anno o) Modulo consegna DPI p) DVR q) Squadra Emergenze r) Piano Emergenza s) Prova di emergenza

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
	P.Soccorso	coordinare le attività ed intervenire in prima persona in tutte le situazioni di emergenza che dovessero presentarsi in struttura (sanitaria, Incendio, terremoto, alluvione, black-out,...) 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 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 "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 monitoraggi delle prestazioni erogate. Per la divulgazione agli operatori rispetto ad attività relative alla sicurezza, lo strumento utilizzato è il diario consegne (per il personale di pulizia le comunicazioni avvengono in modalità cartacea.	annuale t) segnaletica d'emergenza u) Bacheca sicurezza v) Indicatori w) comunicazioni e bacheca
Protezione da abusi maltrattamenti, trattamenti degradanti o negligenze	Coord / Operatori Operatori Coord Dir.Amm. Resp. HR Ufficio legale Coord Ufficio Risorse	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. Chiunque si trovi di fronte a tali atteggiamenti, deve segnalare al proprio coordinatore e/o responsabile di Settore la puntuale descrizione dell'avvenimento. Il coordinatore, prima del coinvolgimento del Resp di Settore, effettua un incontro con l'operatore per cercare di comprendere quanto segnalato e successivamente valuta la necessità o meno di effettuare eventuale contestazione di addebito che può sfociare in azioni disciplinari. Il Coordinatore, come definito all'interno della procedura Gestione eventi critici, invia all'ufficio Legale, all'ufficio del Personale e al Direttore Amministrativo la segnalazione tramite mail di segnalazione comportamento inadeguato per eventuale contestazione - azione disciplinare. L'ufficio Legale insieme ai responsabili settore, direzione, risorse umane, valutano ed eventualmente procedono a formalizzare la contestazione. In tutte le fasi di azione disciplinare il Coordinatore rimane coinvolto per poter facilitare l'attività di crescita "culturale" agli operatori. Annualmente il servizio/struttura monitora tramite indicatori lo stato di disagio dei lavoratori ed il numero	Protocollo maltrattamenti Prevenzione x) Formazione operatori Procedura Gestione Eventi Critici Mail di segnalazione comportamento inadeguato Questionario Clima Aziendale

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
	Umane	di registrazioni di potenziale comportamento di abuso per poter valutare azioni utili a ridurre il rischio.	
Rispetto della Vita privata e della riservatezza	Operatori	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 garantire che l'utente all'interno del servizio sia protetta da ogni forma di abuso, maltrattamento, trattamento degradante o negligenza che la possa esporre a rischi ingiustificati.	Carta dei servizi P.A.I
Infrastrutture e spazi	Coord.	Le strutture vengono predisposte in funzione delle tipologie di utenti per cui ottengono autorizzazione/accreditamento secondo i requisiti definiti dalla legge regionale di riferimento. 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. 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. 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.	○ Autorizzazione funzionamento al ○ /Accr regionale - Verbale di riunione (riesame direzione) Check list sicurezza ambientale
Gestione beni di proprietà	Operatori Coord.	Nell'eventualità ci fosse la necessità di gestire beni di proprietà degli ospiti a partire dall'ingresso in struttura il Coordinatore provvede a comunicare le regole definite in Contratto di Ospitalità stimolando l'ospite ed il familiare a non lasciare in struttura oggetti (che dovrebbero rimanere in cassaforte). In caso di oggetti non tenuti in cassaforte la responsabilità rimane in carico all'ospite e alla famiglia. In caso di oggetti lasciati in struttura il familiare provvede a compilare il modulo con l'elenco dei beni di proprietà. In caso di dimissione o decesso, i beni di proprietà dell'ospite, registrati all'interno del modulo, vengono	- Protocollo Gestione Beni di Proprietà - Contratto di ospitalità - Modulo custodia valori - Protocollo gestione beni di proprietà

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
		restituiti alla famiglia come definito all'interno del protocollo.	
Requisiti e Competenz e del personale	Ris.Umane Ris.Umane	I requisiti del personale sono definiti all'interno del mansionario per figura professionale su cui viene fatta apposita valutazione in fase di selezione e assunzione. Per quello che riguarda i servizi accreditati le prestazioni correlate alle competenze specifiche sono descritte anche in documenti quali il contratto di servizio e negli allegati alla legge regionale sull'accreditamento socio sanitario. Rispetto alle competenze da valutare sia in fase di assunzione (chiusura periodo di prova) che in modalità periodica annuale, per il personale che svolge attività all'interno di servizi rivolti alla persona anziana sono ampliate da competenze specifiche di settore.	Mansionario aziendale contratto di servizio Scheda valutazione competenze
Gestione del personale	Coord. Operatori Coord.no	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). 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.	• Scheda competenze • modulo autovalutazione della prestazione • modulo valutazione della prestazione • Verbale condivisione • individuazione obiettivo
Gruppo di lavoro	Coordinatore / operatori	Periodicamente 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. Le riunioni periodiche sempre verbalizzate sono i collettivi, per ciò che riguarda i confronti con i collaboratori, l'équipe, la verbalizzazione non è tassativa rispetto ai tanti incontri praticamente quotidiani	- Verbali di équipe -
Utilizzo volontariato	Coordinatore Operatori	La struttura si può avvalere di operatori volontari che contribuiscono al buon funzionamento delle attività della struttura. La regolamentazione di tali operatori è definita all'interno della istruzione operativa gestione volontari che definisce le regole e le responsabilità da rispettare.	Protocollo Gestione Volontari
Formazione	Resp. Formazione Responsabile Formazione	Il personale del Centro svolge annualmente un numero di ore di formazione/aggiornamento definito dalle norme vigenti, partecipando a corsi organizzati dalla Cooperativa. I contenuti sono indicati anche dagli stessi operatori, in base alle loro motivate richieste di aggiornamento professionale, a seguito di un incontro sui fabbisogni formativi o della somministrazione di un questionario. L'obiettivo generale dell'aggiornamento per il personale operante è quello di fornire	Questionari di rilevazione dei fabbisogni formativi

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
	Responsabili R.U.	strumenti di conoscenza, tecniche e modalità di intervento. La struttura predispone un piano formativo annuale che comprende la formazione agli operatori dei seguenti argomenti: ○ Formazione competenze per singola figura professionale; ○ Formazione su strumenti e metodologie per rispondere ai bisogni dell'anziano; ○ 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 Sociale generale del centro (laboratori – uscite – eventi)	Coordinatore Animatore	Il centro predispone annualmente un piano delle attività di gruppo ed individualizzate con cadenza pianificata e condivisa facendo partecipare gli ospiti in base alle proprie abilità/capacità (riscontrate nel PAI). Particolare attenzione viene data alla pianificazione di iniziative che presuppongono un coinvolgimento delle diverse realtà del territorio. Gli operatori hanno il compito di mantenere il contatto con il tessuto sociale e le offerte del territorio con lo scopo di promuovere una cultura non discriminante nei confronti degli utenti che faciliti la loro partecipazione sociale in collaborazione con la cittadinanza e l'Amministrazione Comunale nella programmazione di uscite, feste, gite, mostre, ecc. e nella conoscenza degli accadimenti del territorio, il tutto nei limiti delle risorse a disposizione di una RP. Le prestazioni educative/riabilitative sono parte integrante nella programmazione delle attività formative e riabilitative e garantiscono un rapporto di lavoro significativo anche con i familiari, con l'obiettivo di una collaborazione funzionale della persona nella comunità. Nella pianificazione/definizione delle attività la Struttura pone attenzione alla promozione della salute proponendo all'utente un modello di stile di vita sani.	Calendario attività settimanali Pianificazione mensile e quotidiana delle attività Programma settimanale attività Bacheca PAI Registro partecipazione attività Diario animazione generale e individuale Foto delle attività Bacheca
Erogazione dei servizi	Equipe di lavoro	L'erogazione dei servizi previsti al centro rispetta gli standard previsti dalla normativa regionale, 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: ○ Servizi socio-assistenziali ○ Servizi educativi e di animazione	Programma-registro attività mensili Piani di lavoro Protocolli infermieristici Protocolli socio-assistenziali integrati Turni

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
		○ Servizi sanitari infermieristici ○ Servizi alberghieri ○ Servizi Lavanderia Pulizia ○ Servizio parrucchiere/barbiere/pedicure (eventuali servizi svolti da professionisti esterni)	
Attività di movimentazione assistita	OSS	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 Piani di lavoro
Servizi di animazione	Coordinatore Animatori/ Educatori	Il Centro predispone attività di gruppo ed individualizzate, con cadenza pianificata e condivisa. La partecipazione degli ospiti avviene in base alle abilità/capacità di ognuno tenendo conto di quanto condiviso nel progetto assistenziale e riabilitativo Il servizio di animazione prevede attività ricreative nel corso dell'anno (compleanni, festività natalizie, carnevale, ecc.), attività ludiche giornaliere (carte, giochi da tavolo, etc.), quando possibile uscite di gruppo (gite, visite musei, spesa, mare, ecc.).	Pianificazione settimanale e quotidiana delle attività Diario delle consegne
Servizi di assistenza e cura della persona		Servizio di assistenza continua nell'arco delle 24 ore L'O.S.S. garantisce nell'arco delle 24 assistenza e supporto nelle azioni della vita quotidiana. Servizio di cura ed igiene della persona e degli spazi personali Il servizio prevede, laddove necessario, un aiuto pratico nelle attività relative alla cura della persona. Gli O.S.S. a seconda delle singole necessità supportano gli ospiti nel: Cambio indumenti Taglio unghie Igiene Parziale Igiene totale Igiene orale Viene sempre favorita per quanto possibile l'acquisizione di una maggiore autosufficienza e /o una riduzione del rischio involutivo.	Piano di lavoro O.S.S. Diario delle consegne Procedura bagno a letto Protocollo per corretta esecuzione doccia Protocollo per corretta esecuzione igiene orale Programma di addestramento alla continenza e di accompagnamento alla toilette Procedura movimentazione ospite con sollevatore
Servizi alberghieri	Coordinatore Cuoco	Riguardo i servizi di refezione il Centro provvede tramite cucina esterna alla struttura, che prepara i pasti, a fornire e somministrare i pasti a tutti gli ospiti presenti in base al rispetto dei seguenti criteri: Menù della struttura definito; Allergie/Intolleranze alimentari di ogni singolo ospite/paziente; Abitudini alimentari;	modulo alimentazione differenziata Attestazione medica allergie/intolleranze Menù

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
	infermiere OSS Infermieri	modalità individuale di alimentazione. Da tali informazioni viene definita la programmazione interventi con le diverse disposizioni di somministrazione alimento da seguire durante i pasti. Periodicamente, con le modalità concordate con il fornitore, vengono ordinati alla cucina esterna i pasti con le specificità da rispettare e vengono controllate le conformità di consegna dei pasti prima della somministrazione. Durante i pasti gli operatori provvedono a somministrare gli alimenti nel rispetto di quanto stabilito e registrare le avvenute somministrazioni (nel rispetto delle regole HACCP definite).	Cartella inferm.ca PAI Menù/ordine tramite mail /bolle ???? alternativo Manuale HACCP Registrazione somministrazione alimenti
Servizio di pulizia locali e servizi	Addetti pulizie Coordinatore Addetti pulizia	Il personale si attiene al piano di sanificazione presente in struttura. La STRUTTURA provvede all'acquisto dei prodotti necessari secondo budget definiti e alla registrazione ed aggiornamento delle schede di sicurezza dei prodotti utilizzati I prodotti utilizzati possono richiedere l'uso di specifici DPI, secondo quanto stabilito da Documento Valutazione dei Rischi (DVR). Il calendario settimanale delle pulizie è stabilito nel piano di lavoro delle addette delle pulizie. Gli operatori, terminato il turno, registrano su apposito modulo le attività svolte nella giornata.	Piano di sanificazione Schede tecniche sicurezza DVR Schede tecniche sicurezza Piani di lavoro Registro pulizie
Servizio di lavanderia e guardaroba		Il lavaggio e la stiratura della biancheria della struttura possono essere affidati ad una lavanderia esterna accreditata o effettuato internamente. Il lavaggio e la stiratura della biancheria personale degli ospiti a carico della lavanderia vengono gestiti dalla addetta al servizio guardaroba. I cicli di lavaggio e asciugatura sono quotidiani, fatta salva la primaria necessità di assistenza e supporto agli ospiti Al rientro dalla lavanderia esterna, l'operatore provvede a distribuire la biancheria pulita tramite carrelli nelle stanze degli ospiti	Contratto con il fornitore Piano di lavoro Bolla di consegna (e tracciabilità tramite codice a barre rispetto ai vestiti degli ospiti) Bolla di riconsegna della biancheria Tracciabilità di distribuzione agli ospiti
Servizi amministrativi e gestionali	Coordinatore	Sostituzioni personale Le sostituzioni degli operatori sono effettuate dal coordinatore del servizio o da un collaboratore professionalmente preposto in tal senso ad es raa ras rai. Le richieste di ferie o permessi che non comprendono le ferie programmate estive o altri periodi programmati, sono da registrare nell'apposito registro. L'organizzazione, nei limiti del possibile permette di poter usufruire di figure sostitutive evitando disagio agli utenti anche in condizioni di assenze improvvise legate a malattia. Rendicontazione mensile	I moduli sottoelencati si intendono ricompresi negli applicativi presenti nell'App Zconnect in uso individuale del dipendente: Modulo richiesta ferie e/o permessi

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
		ogni mese il coordinatore o un collaboratore professionalmente preposto in tal senso ad es raarai. pianifica la turnazione mensile di tutto il personale. a fine mese verifica le ore di servizio erogate tramite foglio presenze operatori (anche con l'utilizzo di piattaforme informatiche): le ore registrate dagli operatori devono essere rispondenti alle ore previste complessivamente dalla turnazione di lavoro, eventuali ore aggiuntive devono essere state autorizzate dal coordinatore stesso o dal responsabile. a fine mese il coordinatore invia agli uffici della sede centrale il riepilogo mensile delle presenze ospiti. (anche con l'utilizzo di piattaforme informatiche)	Modulo richiesta cambio turno Modulo presenze operatori file organico Modulo Turnazione mensile personale Modulo rendiconto mensile ore erogate
Servizio Parrucchier a/barberia	Assistente	In caso di strutture residenziali, gli utenti inseriti hanno la necessità di ricevere il servizio di parrucchiere / barbiere che può essere gestito in varie modalità. All'interno della struttura l'attività di base viene gestita dagli operatori assistenziali che si occupano di cura e igiene dell'utente. In caso di utilizzo di attrezzature specifiche il personale utilizza i DPI previsti utili a ridurre eventuali rischi di infortunio. All'esterno (o in alcuni casi all'interno con professionista esterno) l'ospite può usufruire del servizio parrucchieria/ barberia da effettuare tramite valutazione da parte del personale o del familiare di sopraggiunta necessità e successiva registrazione previo, accordo con il professionista esterno dell'effettuazione della prestazione. Per la struttura è importante tenere traccia del servizio effettuato / usufruito.	Registrazione attività Turnistica settimanale Piano interventi Registro attività svolta
Consegne	Equipe	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. Dal registro consegne è importante poter recuperare indicazioni del singolo utente e/o del servizio (Anche con l'utilizzo di piattaforme informatiche)	Consegne integrate
Monitoraggi o del servizio (indicatori e customer satisfaction)	Coord. Direzione Atena srl Coord. Coord.	Per la buona gestione della struttura secondo le norme di certificazione, ogni struttura effettua periodici monitoraggi riguardanti il raggiungimento degli obiettivi definiti nella politica e nella mission aziendale, nel piano programmatico triennale (definito da Direzione Atena srl) e di tutte le attività dichiarate in Carta Servizi. Tali monitoraggi sono strutturati nella tabella indicatori accreditamento e Piano della Qualità del servizio, che evidenziano il raggiungimento rispetto all'accettabilità stabilita.	Piano programmatico triennale Indicatori accreditamento Piano della Qualità e Monitoraggio del servizio Questionario Gradimento Ospiti (QGO) Analisi e report QGO Azioni di miglioramento

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
	Coord.	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. 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. 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. 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.	Modulo non conformità Modulo segnalazione NC-reclamo Piano miglioramento Riesame Direzione struttura Piano miglioramento Piano programmatico triennale
Comunicazione e divulgazione obiettivi struttura operatori	Direzione di Struttura Operatori Direzione Operatori	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. 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	Verbale di riunione collettivo Riesame con gli allegati (indicatori, customer, nc, audit, PARS, valutazione competenze, ecc.) Piano miglioramento Politiche, procedure, protocolli, regolamenti, linee guida, ecc... Verbale di riunione
Monitoraggio della Direzione	Direzione Coordinatore Comitato Esecutivo	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:	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

Fase	Resp	Modalità Operative	Documentazione
	Direzione generale	- 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 Programmatico Triennale
Requisiti Accreditamento	Coordinatore Coordinatore 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 traccia di definizione, monitoraggio, raggiungimento e verifica di efficacia.	Riesame Direzione Indicatori di struttura Piano Miglioramento
Gestione Rischio Sanitario	Coordinatore 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, dei pazienti, 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 dei pazienti 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, black-out,) 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'estrpolazione 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 della Residenza.

13. PRIVACY E RISERVATEZZA

All'interno della Residenza vengono garantite massima riservatezza e privacy secondo quanto stabilito nel GDPR 679/16 sia per il paziente (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 al paziente (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 paziente e la Residenza), 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, comprese recite, eventi di fine anno, gite, e i saggi scolastici, 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:

- Invia il consenso debitamente firmato (e la relativa informativa) alla segreteria per la protocollazione
- Archivia il cartaceo nella cartellina dell'interessato
- 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 alla struttura, i dati devono essere raccolti e trattati unicamente per finalità inerenti l'attività svolta. E' 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.

E' 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 alla coordinatrice o, in sua assenza, agli infermieri – responsabili oss – animatori.

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

- **Dalla I.P.se presente in caso di problemi sanitari, invio in Pronto Soccorso, o decesso**
- **Dalla coordinatrice, o suo sostituto, negli altri casi o in assenza dell'IP**

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, oltrechè a

distribuire gli adeguati dispositivi di protezione individuale e di struttura per limitare per quanto possibile la divulgazione 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, oltrechè 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 diurno 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 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.