

Procedura per la gestione del servizio residenziale:

**“Comunità Terapeutica Psichiatrica
terapeutico-riabilitativa per minori, a
media intensità assistenziale”**

Storia delle modifiche apportate

Paragrafo	CONTENUTO DELLA MODIFICA	Data
Paragrafo 5	QUARTA REVISIONE DI TUTTA LA PROCEDURA: IN PARTICOLARE	03.03.2026
Paragrafo 6	MODIFICHE SOSTANZIALI E ELIMINAZIONE DI ALCUNE PARTI	
Paragrafo 6.2	ELIMINAZIONE DI PARTE DEL CONTENUTO	
Paragrafo 6.2	AGGIUNTA DI UNA PARTE DEL CONTENUTO	
Paragrafo 6.3	MODIFICA SOSTANZIALE DI UNA PARTE DEL CONTENUTO E ELIMINAZIONE DI ALCUNE PARTI	
Paragrafo 6.6	MODIFICHE PARTI DI CONTENUTO	
Paragrafo 6.7	MODIFICHE PARTI DI CONTENUTO	
Paragrafo 6.20	ELIMINAZIONE DI UNA PARTE DEL CONTENUTO	
Paragrafo 7.4	ELIMINAZIONE DI UNA PARTE DEL CONTENUTO	
Paragrafo 9.1	ELIMINAZIONE DI UNA PARTE DI CONTENUTO	
Paragrafo 9.2	MODIFICHE E ELIMINAZIONE DI PARTE DEL CONTENUTO	
Paragrafo 9.4.4	MODIFICHE E ELIMINAZIONE DI PARTE DEL CONTENUTO	
Paragrafo 10.3	AGGIUNTO INTERO PARAGRAFO	
Paragrafo 13.1	MODIFICATO INTERO PARAGRAFO	
Paragrafo 13.4	AGGIUNTO INTERO PARAGRAFO	
	TERZA REVISIONE DI TUTTA LA PROCEDURA	22.02.2022
	SECONDA REVISIONE DI TUTTA LA PROCEDURA	22.02.2022
	Prima emissione	30.04.2018

Sommario

Storia delle modifiche apportate.....	2
1. Scopo e applicabilità della procedura	7
2. Riferimenti	7
3. Caratteristiche, Finalità e Prestazioni Percorso riabilitativo	7
3.1 Prestazioni di base erogate nel percorso terapeutico- residenziale	8
4. Capacità ricettiva della struttura residenziale di comunità terapeutica per minori a media intensità terapeutico- riabilitativa	9
5. Accesso al servizio/percorso: Fase Prenotazione/Accettazione - Fase Valutazione e Orientamento – Fase Riabilitativa – Req. Autor. A.4	9
5.1 Prenotazione.....	10
5.2 Fase Valutazione Multidimensionale e Orientamento	10
5.2.1- Adempimenti informativi e acquisizione consenso informato.....	10
5.2.2- Raccolta documentale	12
5.2.3- Valutazione del caso	12
5.2.4- Definizione obiettivi iniziali del Progetto Terapeutico Individuale (bozza di progetto individuale).....	12
5.2.5- Registrazione Dati nella fase di Valutazione e Orientamento.....	13
5.2.6- Visita collegiale: Valutazione multidisciplinare per l'autorizzazione all'ingresso.....	13
5.2.7- Ingresso nella struttura residenziale.....	14
5.3 Gestione Tempi di attesa Req Autor. A 4	15
6. Fase trattamento riabilitativo nella Struttura Villa Lepoldina	16
6.1 Verifiche, adempimenti e atti formali correlati all'ingresso nella struttura riabilitativa	16
6.1.1 Verifica all'ingresso della prescrizione farmacologica e del kit farmaci	16
6.1.2 Variazione medico di base curante - rinnovo esenzioni	16
6.2 Gestione dell'Accoglienza del paziente nella struttura riabilitativa - Politica dell'accoglienza Req. 6.1 DIP.2	17
6.2.1- Formalizzazione Ingresso nella struttura Residenziale	19
6.3 Continuità del Percorso di cura Req.6.1.DIP.4 e Req.5.1.SM.2: Definizione e Gestione Progetto Terapeutico Individuale (PTI) Req. 6.1.DIP.4	20
6.3.1 Strumenti integrativi al PTI	22
6.4 Organizzazione e Pianificazione del servizio.....	22
6.5 Circolazione delle informazioni e passaggio di consegne	23
6.5.1 Registro delle Consegne	23
6.5.2 Handover Req 6.1.COM.2	24
6.5.3 Diario Integrativo del Paziente.....	24
6.6 Applicazione/Adesione a Protocolli di indirizzo clinico-terapeutico e loro diffusione Req 5.1.COM.7	24
6.7 Rischio farmaci: Gestione Terapie farmacologiche Req 5.1.COM.3.....	25
6.7.1 Prescrizione farmacologica	26
6.7.2 Approvvigionamento Farmaci	26

6.7.3	Predisposizione terapie farmacologiche	26
6.7.4	Prevenzione per gli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni	27
6.7.5	Assunzione del farmaco: auto somministrazione assistita	27
6.7.6	Terapie Farmacologiche prescritte da medici o presidi sanitari esterni alla struttura riabilitativa	28
6.7.7	Continuità di trattamento farmacologico pazienti temporaneamente assenti struttura riabilitativa o assenti in via definitiva o a tempo indeterminato a seguito di interruzione volontaria del trattamento o di altri motivi di assenza	28
6.7.8	Inconvenienti nell'auto-somministrazione dei farmaci da parte dei pazienti	29
6.7.9	Pazienti già muniti di terapia farmacologica e/o di prescrizione farmacologica al momento dell'ingresso in struttura	30
6.7.10	Conservazione e controlli di prodotti farmacologici	31
6.7.11	Delega di presa in carico sanitaria rilasciata alla struttura riabilitativa dal servizio inviante per la continuità di trattamento farmacologico	32
6.8	Sistema di Reporting e Learning Req. 5.1.COM.8	32
6.9	Monitoraggio degli esiti Req. 5.1.COM.9 e Piano di Miglioramento Req. 5.1.COM.11 e Req. 1.2.AZ.1	32
6.10	Prevenzione comportamenti aggressivi e autolesionistici Req. 5.1.COM.12 e aggiornamento Req. Autorizz. Ago. 2020 del Reg.79/R/2016, lista A punto A.24.....	33
6.11	Comunicazione Difficile Req. 5.1.COM.13	33
6.12	Continuità assistenziale al paziente Req 6.1. COM.2 e Continuità assistenziale del servizio in caso di urgenze o imprevisti Req. Aut. A.6	33
6.13	Identificazione del paziente Req. 5.1.COM.5 e Req Autor A.10.....	34
6.14	Organizzazione delle attività quotidiane dei pazienti	34
6.15	Trasporto Pazienti Req 7.1.COM.1	35
6.16	Interruzione volontaria dei Trattamenti Riabilitativi da parte del paziente e genitori/tutori.....	35
6.17	Fuga e Scomparsa.....	36
6.18	Allontanamento del paziente disposto dalla struttura riabilitativa	37
6.19	Educazione sanitaria al paziente finalizzata alla buona gestione Delle dimissioni Req. 4.1.COM .2	37
6.20	Dimissioni del paziente Req.3.1 COM.2	38
6.21	Richiesta di dimissioni	38
6.22	Inserimento dei pazienti in percorsi sperimentali di ricerca e studio clinico.....	38
7.	Condivisione del percorso di cura Req. 4.COM.1.....	39
7.1	Assegnazione ai pazienti di operatori e figure sanitarie di Riferimento Req. 2.1 COM.139	
7.2	Riservatezza dei colloqui Req. 4.1.COM. 5.....	39
7.3	Adeguatezza delle informazioni e delle comunicazioni al paziente sulla propria salute Req. 4.1.COM.4 e Req. 4.1.COM.6	40
7.4	Valutazione da parte dei pazienti: Percezione della qualità delle cure e del globale servizio erogato Req. 4.1.COM. 7.....	40
7.5	Gestione richieste dei pazienti in merito al deposito di propri beni, strumenti e attrezzature di valore nella struttura sanitaria	40
8.	Privacy - Trattamento e Sicurezza dei dati personali	41

9.	Risorse Umane: Equipe - Ruoli e responsabilità – Profili Professionali Req. Autorizz. A.1	42
9.1	Personale sanitario e assistenziale	42
9.2	Identificazione degli operatori della struttura Req. Autorizz. A.10	48
9.3	Inserimento personale neo assunto e neo trasferito Req. 2.1.COM 2	48
9.4	Cura del personale	49
9.4.1	Formazione e aggiornamento professionale	49
9.4.2	Formazione obbligatoria	49
9.4.3	Supervisione clinica	49
9.4.4	Clima organizzativo interno	50
9.5	Gestione del Personale	50
9.5.1	Organizzazione orario di servizio operatori ruotanti nelle 24 h.	50
9.6	Prestazioni erogate	51
	Orientamento e sostegno alla famiglia	51
10.	Documentazione Sanitaria	52
10.1	Gestione documentazione sanitaria - Modalità e tempi di accesso del paziente alla documentazione sanitaria	52
10.2	Modalità di compilazione, conservazione, archiviazione della documentazione sanitaria Req. Autorizz. A.7.....	54
10.3	Monitoraggio della qualità e della correttezza della documentazione sanitaria – terapeutica- assistenziale in cartella clinica Req. Accred. 3.2. AZ.1	54
11.	Assistenza alberghiera: Pulizia/Sanificazione Ambienti– Ristorazione – Lavanderia e guardaroba Req. Autorizz. A.7.....	55
11.1	Prevenzione e sorveglianza delle infezioni Req. 5.1 COM.2	55
11.2	Pulizia e Sanificazione degli ambienti	56
11.3	Ristorazione e gestione degli alimenti	57
11.4	Monitoraggio Piano di autocontrollo	58
11.5	Gestione Lavanderia e Guardaroba.....	58
11.5.1	Lavaggio biancheria e indumenti personali	58
11.5.2	Lavaggio biancheria della struttura	59
11.6	Igiene Personale	60
11.7	Gestione dei Rifiuti.....	60
11.7.1	Rifiuti Domestici.....	60
11.7.2	Rifiuti Speciali	60
12.	Processo di approvvigionamento.....	60
12.1	Fondo cassa e spese effettuate per contanti o bancomat	60
12.2	Approvvigionamento generi alimentari e prodotti igienici.....	61
12.3	Approvvigionamento beni e attrezzature	61
12.4	Non conformità di prodotti, servizi ed interventi acquisiti da fornitori esterni.....	61
13.	Apparacchiature medicali/elettromedicali gestione, verifiche, Manutenzioni e Piano di sostituzione per obsolescenza Req. Autor. A.13	62
13.1	Apparecchiature biomediche: gestione, verifiche e Manutenzioni	62
13.2	Manutenzione Attrezzature	63
13.3	Piano Manutenzione Struttura Req. Autorizz. A.21	63
13.4	Schede di Controllo Periodico Req. Autorizz. A.21	64

13.5	Misurazione Temperatura apparecchi refrigeranti	64
14.	Audit Interni Sistema Qualità	65
15.	Prassi adottate per il superamento delle barriere linguistico-culturali Req. Aut. A.4-Req. Aut. D.4.21	66
16.	Accessibilità ai servizi in presenza di disabilità Req. Aut. A.4	66
17.	Modalità di pagamento	66
18.	Segnaletica per favorire accessibilità dell'utenza	66

1. Scopo e applicabilità della procedura

La presente procedura ha lo scopo di definire le modalità di erogazione del servizio residenziale di comunità terapeutica psichiatrica per minori Nave13.

2. Riferimenti

Norme di riferimento per l'erogazione del Servizio:

1. Legge Regionale 51 del 05 agosto 2009: *"Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento"*
2. Regolamento attuativo alla L. 51/09 : Regolamento n. 79/R/2016:
"Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento"
3. Contratto di Convenzione con Azienda Asl Toscana Centro del 28.09.2023

3. Caratteristiche, Finalità e Prestazioni Percorso riabilitativo

Accoglie adolescenti e preadolescenti di età compresa tra i 10 e 18 anni con disturbi psicopatologici dell'asse I che determinano la compromissione grave e moderata e per i quali si renda necessario assicurare un programma terapeutico riabilitativo in ambiente protetto.

L'inserimento nel percorso è effettuato dall'Unità Funzionale Complessa Salute Mentale Infanzia e Adolescenza (UFSMIA) previa valutazione diagnostica multidisciplinare. Il progetto è condiviso con il Servizio inviante del minore ed ha una durata di norma non superiore a 6 mesi, eventualmente prorogabili a seguito di rivalutazione multidisciplinare da parte dei servizi competenti.

E' finalizzato a ristabilire una adeguata compensazione delle condizioni psico-fisiche dei pazienti ed allo sviluppo di autonomie e di competenze sociali, relazionali e affettive tali da garantire un miglioramento delle condizioni di vita.

E' erogato in strutture che garantiscono la presenza di personale sulle 24 ore giornaliere.

La finalità dell'intervento della Comunità Terapeutica per minori è offrire al minore la possibilità di sperimentare un'accoglienza della sua persona e della sua storia e la valorizzazione delle sue risorse all'interno di un significativo contesto relazionale, educativo e comunitario in grado di raggiungere i seguenti obiettivi generali:

1. offrire un reale senso di protezione e condizioni altamente dignitose di cura della persona, promuovendo la salute e sostenendo i processi di sviluppo psico-fisico;
2. sostenere le capacità emotive e mentali dell'adolescenti, migliorando il livello di autostima e le risorse personale;
3. favorire lo sviluppo dell'autonomia nei suoi diversi livelli e nei diversi ambiti di vita

quotidiana;

4. supportare il minore nel percorso di costruzione della propria identità personale e di definizione del progetto di vita;
5. migliorare le capacità comunicative, espressive e relazionali, potenziare le competenze sociali e gruppalì;
6. sostenere il completamento o la ripresa del percorso di istruzione e/o formazione, offrendo un supporto orientativo per l'individuazione e la scelta di un percorso professionale;
7. supportare i giovani che già hanno terminato il percorso formativo nella fase di accesso al mondo del lavoro;
8. migliorare le capacità di accedere ai servizi e di usufruire delle attività formative, culturali, associative, sportive e del tempo libero promosse sul territorio;
9. per i minori stranieri o per ragazzi che sono stati adottati, favorire il processo di integrazione socio-culturale e la rielaborazione del percorso migratorio e/o adottivo.
10. promuovere il rapporto con la famiglia d'origine ed il ristabilirsi di relazioni significative e positive, in base alle indicazioni dei Servizi invianti ed eventuali prescrizioni dell'Autorità Giudiziaria Minorile;

La Comunità si integra a pieno titolo nel sistema di servizi sanitari definito nella L.R n. 51/2009, e ss.mm.ii quale il Regolamento attuativo n. 79/R/2016

3.1 Prestazioni di base erogate nel percorso terapeutico- residenziale

- Assicura ai minori inseriti le seguenti prestazioni:
- Assistenza medica da parte dei medici di medicina generale (MMG) a cui deve essere iscritto ogni ragazzo;
- Monitoraggio condizioni psicofisiche e accompagnamenti al MMG, Servizi Sanitari specialisti e Salute mentale Infanzia e Adolescenza
- Assistenza neuro-psichiatrica
- Attività di raccordo tra MMG, Servizi Sanitari specialistici e Salute mentale Infanzia e Adolescenza
- Auto somministrazione assistita delle terapie farmacologiche
- Interventi di informazione ed educazione alla salute
- Supporto psicologico
- Assistenza infermieristica
- Supporto educativo individuale e/o di gruppo agli utenti

- Sostegno per familiari e/o altre figure di riferimento
- Attività formative, ergoterapiche/scolastiche/formative/espressive/ricreative/sportive congruenti con il progetto riabilitativo individuale
- Incontri periodici di verifica e programmazione interventi con Salute mentale Infanzia e Adolescenza
- Collegamento programmatico con i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali
- Rapporti con gli Uffici del Centro di Giustizia Minorile per minori sottoposti a misure alternative alla detenzione
- Cura della persona e igiene personale
- Assistenza alberghiera

4. Capacità ricettiva della struttura residenziale di comunità terapeutica per minori a media intensità terapeutico-riabilitativa

Il numero di minori che possono essere accolti e trattati all'interno della comunità terapeutica psichiatrica residenziale è di 10 unità, in conformità ai parametri stabiliti normativamente dal Regolamento Regione Toscana n. 79/R/2016 che costituisce il regolamento di attuazione della Legge R.T. n. 51/09 in materia di accreditamento sanitario.

5. Accesso al servizio/percorso: Fase Prenotazione/Accettazione - Fase Valutazione e Orientamento – Fase Riabilitativa – Req. Autor. A.4

Le modalità di accesso del minore al servizio riabilitativo prevedono tre fasi distinte ancorché sinergiche tra loro:

- a) ***FASE PRENOTAZIONE/ACCETTAZIONE: Primo contatto e richiesta di accesso ai trattamenti da parte dei servizi pubblici invianti***
- b) ***FASE VALUTAZIONE E ORIENTAMENTO: Propedeutica all'accesso presso la struttura sanitaria e al percorso riabilitativo in essa erogata***

Le suddette fasi sono preliminari e propedeutiche al compiuto inserimento del minore nel percorso riabilitativo presso la struttura sanitaria

- c) ***FASE TRATTAMENTO RIABILITATIVO: Inserimento nella struttura sanitaria e accesso ai percorsi e ai trattamenti riabilitativi***

5.1 Prenotazione

La fase di **prenotazione** è costituita dalla richiesta di inserimento del minore ai trattamenti riabilitativi, effettuata dal servizio UFSMIA che lo ha in carico. L'inserimento avviene esclusivamente a carico del NPI dell'UFSMIA nell'ambito della presa in carico del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) globale. I posti sono primariamente riservati ai cittadini residenti nel territorio dell'Azienda USL Toscana Centro, e solo in caso di mancanza di utenti in lista di attesa, a pazienti provenienti da altri dipartimenti del territorio Nazionale.

Il **Servizio Valutazione Ingressi**, costituito dal Direttore Sanitario della struttura, il Coordinatore, il NPI e lo Psicoterapeuta della struttura riceve i nominativi dei minori in lista d'attesa dal Responsabile dell'UFSMIA, o suo delegato (o o direttamente dal NPI inviante) e provvede a contattare i NPI referenti al fine di ricevere il materiale necessario ad una prima valutazione per accertarsi di adeguata diagnosi o eventuali impedimenti all'ingresso. In caso che l'UFSMIA invii direttamente la richiesta di ingresso in struttura ~~lo SVO contatterà~~ verrà successivamente contattato il Direttore del Contratto per concordarne la fattibilità e la tempistica.

In caso non si evidenzino impossibilità o incompatibilità della richiesta viene fissato un primo incontro on line o telefonico con il NPI referente (e eventualmente servizio sociale, psicologo UFSMIA o altri professionisti coinvolti nel caso clinico) al fine di avere tutte le informazioni necessarie sul caso clinico e viene richiesta relazione aggiornata. Gli estremi di tale primo contatto vengono registrati su apposito "database".

In caso non emergano elementi ostativi per l'ingresso del minore in comunità si potrà quindi procedere alla fase di valutazione, provvedendo a concordare con il richiedente servizio pubblico, la data di primo incontro con il paziente e con la famiglia o chi ne esercita la responsabilità genitoriale.

5.2 Fase Valutazione Multidimensionale e Orientamento

La fase di Valutazione è effettuata dal Servizio Valutazione Ingressi nelle figure del Coordinatore, Direttore Sanitario e Psicoterapeuta eventualmente affiancati da NPI interno, infermiere o educatore sanitario. Viene fissato un primo incontro con il minore e la famiglia o con chi ne esercita la responsabilità genitoriale e sulla base delle indicazioni fornite dal servizio inviante e di concerto con il servizio inviante stesso si provvede alla raccolta dei dati anamnestici e alla valutazione multidimensionale del paziente.

Viene effettuata anche una prima valutazione dei rischi assistenziali, coerente con le condizioni del minore stesso.

Il Servizio Valutazione Ingressi provvede peraltro a fornire ai Servizi invianti **l'Elenco delle certificazioni mediche e degli esami diagnostici** a cui, onde poter accedere alla struttura riabilitativa il minore dovrà preventivamente sottoporsi presso presidi sanitari esterni, fornendo poi la relativa refertazione. **Mod. EEI Elenco Esami Ingresso**

5.2.1- Adempimenti informativi e acquisizione consenso informato

5.2.1.1 - Informativa GDPR: Tutela Privacy e Acquisizione consenso al trattamento dei dati personali

Ai sensi della normativa vigente (Regolamento Europeo GDPR – UE 679/2016 e DL 196/03 così come modificato dal DL 101/18), lo SVO provvede a fornire al paziente e ai genitori/tutori debita informativa in materia di Tutela della Privacy e al trattamento dei dati personali, provvedendo altresì ad acquisire dagli stessi il previsto consenso informato.

5.2.1.2 Materiale informativo ed elenco documenti del paziente

a) CARTA DEI SERVIZI

Si fornisce ai genitori/tutori del minore la **CARTA DEI SERVIZI** ove, oltre alla illustrazione della struttura riabilitativa, delle sue finalità, della sua organizzazione interna, delle regole che la governano e del ruolo del personale ivi operante, con particolare riferimento al coordinatore responsabile della struttura stessa, sono indicati, nel criterio della trasparenza, i doveri e i diritti dell'utenza tra cui: modalità di accesso alla documentazione sanitaria; prassi adottate per il superamento delle barriere linguistiche – culturali, accessibilità ai servizi in caso di presenza di disabilità.

Le informazioni contenute nella carta dei servizi in merito a modalità di accesso alla documentazione sanitaria, alle prassi adottate per il superamento delle barriere linguistiche-culturali, alla accessibilità ai servizi in caso di presenza di disabilità, sono riportate anche nella presente procedura al paragrafo 16.

b) REGOLAMENTO INTERO

Si provvede inoltre ad illustrare e fornire al paziente e alla famiglia un documento informativo che il paziente e i genitori/tutori dovranno sottoscrivere per accettazione in cui sono indicate altre informazioni regolamentari specifiche relative alla sua permanenza presso la struttura, quali:

- Regole di comportamento
- Limitazioni e forme di controllo applicate
- Modalità di gestione dei contatti esterni

c) INFORMATIVA GESTIONE TERAPIE FARMACOLOGICHE

- Informativa relativa alla gestione delle terapie farmacologiche e alle modalità di accesso alla documentazione sanitaria

d) DOCUMENTI PER INGRESSO

- Documenti dove sono illustrati i documenti necessari all'ingresso

e) SCHEDA RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE

- Da compilare da parte del MMG, pediatra di libera scelta o NPI di riferimento

f) ELENCO EFFETTI PERSONALI

- Lista indicativa delle cose da portare per la permanenza in struttura

In questa fase possono essere consegnati ai genitori/tutori anche i restanti consensi riguardanti la

privacy, consensi alla cura ecc. che comunque dovranno essere raccolti, debitamente compilati e firmati al momento dell'ingresso in struttura.

5.2.2- Raccolta documentale

Precedentemente all'ingresso viene effettuata la raccolta documentale come sotto elencato

- **Acquisizione dati anagrafici e documenti del minore;**
- **Raccolta di tutta la documentazione inerente al paziente prodotta da parte del servizio inviante** (documentazione diagnostica, anamnestica, psicologica, sanitaria, sociale, familiare, farmacologica, giuridica etc.) necessaria all'ingresso nel trattamento residenziale. In particolare:
 - Relazione aggiornata sul minore in oggetto
 - Terapia farmacologica aggiornata ed eventuali piani terapeutici
 - PTRI globale del servizio
 - Negatività al test quantiferon (alternativamente test montoux o rx negativo per infezioni in fase attiva)
 - Eventuali esami richiesti dalla Direzione Sanitaria (tossicologici, beta hCG o altri)
 - Certificato medico di idoneità alla vita comunitaria e assenza di malattie infettive e diffusibili
 - Eventuale Piano terapeutico per farmaci che lo richiedono
 - Eventuale documentazione sanitaria relativa ad altre patologie
 - Eventuale documentazione giuridica
 - Eventuale esami ematici o diagnostici

5.2.3- Valutazione del caso

Dopo aver esaminato tutto il materiale e in seguito ai colloqui effettuati con il minore, i genitori/tutori e i referenti del Servizio Inviante, ~~lo SVO~~ il Servizio Valutazione Ingressi valuta l'opportunità o meno di procedere all'inserimento del minore nella struttura

In caso negativo il Servizio Valutazione Ingressi provvederà a fornire al servizio pubblico inviante (e eventualmente alla famiglia del minore o a chi ne esercita la patria potestà) le motivazioni argomentate sulla inopportunità/impossibilità di un accesso del minore stesso ai trattamenti erogati nella struttura sanitaria riabilitativa.

In caso di esito positivo vengono attivati gli "step" successivi necessari all'accesso alla struttura e al relativo percorso riabilitativo.

5.2.4- Definizione obiettivi iniziali del Progetto Terapeutico Individuale (bozza di progetto individuale)

A fronte degli esiti scaturiti nel corso della fase di valutazione nonché sulla base delle indicazioni inserite nella relazione clinica e nel progetto terapeutico riabilitativo individuale GLOBALE , che il

servizio pubblico inviante si incarica di fornire alla Struttura terapeutica, vengono definiti una serie di obiettivi iniziali del trattamento e viene redatta la **sezione A) del Mod. PTI- Progetto Terapeutico Individuale**, in cui è presente una prima stesura del progetto individuale stesso che verrà successivamente approfondito, integrato ed ampliato e quindi perfezionato, nell'apposita sezione B) del predetto Modello PTI, dall' Équipe della struttura sanitaria riabilitativa ospitante, dopo un periodo di osservazione del paziente (di norma entro 1 mese).

5.2.5- Registrazione Dati nella fase di Valutazione e Orientamento

Tutti i dati dell'utente, raccolti nella fase di valutazione vengono registrati dagli operatori di detto servizio e/o da personale amministrativo appositamente incaricato. Dette registrazioni avvengono tramite inserimento dei dati e documenti raccolti e prodotti nel corso di tale fase, sul software gestionale denominato "Check"

5.2.6- Visita collegiale: Valutazione multidisciplinare per l'autorizzazione all'ingresso

Alcuni giorni prima della data prevista per l'ingresso del paziente nella struttura sanitaria riabilitativa viene effettuata una visita collegiale in équipe composta da: Direttore sanitario o NPI della struttura, educatore/i della struttura riabilitativa ospitante (di norma Coordinatore o educatore da questi delegato), eventuale infermiere della struttura, la famiglia del minore o eventuali tutori legali ed eventuali operatori del Servizio Inviante.

Nel corso della visita collegiale, l'équipe effettua una valutazione multidisciplinare del paziente al fine di rilasciare il proprio nulla osta al suo ingresso nella struttura riabilitativa. Durante la visita collegiale il Direttore Sanitario o il Medico NPI della Struttura provvede ad accertarsi in base alla documentazione sanitaria relativa al minore (relazione neuropsichiatrica, eventuali relazioni o prescrizioni per altre patologie, esami ematici e tossicologici, certificato esclusione malattie infettive e diffusibili, negatività al test per ricerca infezione tubercolare, terapia farmacologica aggiornata, Scheda per la Ricognizione/Riconciliazione compilata dai genitori/tutori con l'ausilio del medico curante del paziente o pediatra di libera scelta) ed al colloquio effettuato dell'idoneità all'ingresso in struttura.

Sul **Verbale di Visita Collegiale Mod. VVC** verrà quindi riportata la valutazione clinica effettuata e in base a questa l'idoneità o meno all'ingresso presso la struttura, in accordo con il resto dell'équipe. Il Direttore Sanitario o il Medico NPI, dopo adeguata ricognizione, riporterà inoltre sul Verbale di Visita Collegiale la terapia da impostare all'ingresso, che verrà in seguito trascritta sulla **Scheda Terapia Unica Mod. STU**.

Nei casi in cui il paziente provenga da territori distanti dalla struttura riabilitativa, la visita collegiale e la relativa valutazione multidisciplinare viene effettuata nel giorno previsto per l'ingresso. Ricorrendo tale circostanza, la documentazione medico sanitaria viene trasmessa al Direttore Sanitario o al Medico della struttura ospitante, in data antecedente alla visita collegiale/ingresso.

5.2.7- Ingresso nella struttura residenziale

Alla data concordata tra la struttura residenziale ed il servizio pubblico inviante, il minore verrà accompagnato dai genitori/tutori e eventuali referenti del Servizio Inviante alla sede legale della Cooperativa Gruppo Incontro di San Biagio, dove verranno espletati gli ultimi adempimenti e verifiche.

Il personale della struttura riabilitativa provvedono ad una preventiva e congiunta verifica circa la completezza della documentazione raccolta e prodotta nella fase di valutazione pre-ingresso che deve risultare costituita e comprensiva di:

1. Check list relativa alla documentazione richiesta e raccolta

2. Cartella medico sanitaria generale contenente la documentazione medico-sanitaria del paziente compresi:

- Relazione aggiornata prodotta dal Servizio Inviante con terapia in atto
- Progetto terapeutico riabilitativo individuale GLOBALE sulla cui base vengono formulati gli obiettivi generali (nella sez. A del PTI)
- Prescrizione medica aggiornata di eventuale terapia farmacologica in corso.
- Negatività al test quantiferon (alternativamente tina test o rx negativo per infezioni in fase attiva)
- Certificato medico di idoneità alla vita comunitaria e assenza di malattie infettive e diffusibili
- Eventuali altri referti medici o prescrizioni per altra patologia
- Eventuali esami ematici e urine
- Eventuali esenzioni per patologia o altro
- Certificazioni vaccinali
- Scheda di Ricognizione e Riconciliazione
- Eventuale consenso per farmaci off label
- Verbale di visita collegiale
- altro se pertinente

4. Copia della prima sezione del PTI (sezione A) contenente dati e informazioni relative all'utente quali: anagrafica, diagnosi, posizione giuridica, ente pubblico inviante, definizione di una prima bozza di progetto terapeutico individuale in cui sono definiti gli obiettivi iniziali del trattamento.

Viene quindi acquisita la restante documentazione richiesta e tutti i consensi necessari per l'inserimento presso la struttura terapeutica riabilitativa.

- Adesione e Consenso all'osservanza delle norme di comportamento previste per la permanenza presso la struttura (**Mod. Regolamento interno**)
- Consenso informato al trattamento dei dati personali (**Mod. TDP**)
- Consenso alla cura (**Mod. CIC**)
- Delega Accompagnamento Minori per Prestazioni Sanitarie (**Mod DAPS**)
- Domanda di iscrizione temporanea per domicilio sanitario
- Informativa e sottoscrizione accordo accompagnamento del minore in caso di

- ospedalizzazione/trasferimenti urgenti
- Consenso informato per farmaci off-label (**Mod. CIF**)
- Eventuale autorizzazione al fumo (**Mod. AFS**)
- Eventuale Delega Scolastica (**Mod. DSM**)
- Scheda per la Ricognizione e la Riconciliazione compilata (**Mod. SPR-MIN**)
- Piccola scorta dei farmaci prescritti, necessaria a coprire il fabbisogno dei primi 15 giorni dal suo ingresso nella struttura. Tale misura si rende necessaria a fronte della variazione del medico di base consistente in: cancellazione del paziente dalla lista del medico di base/pediatra di libera scelta del territorio di provenienza e sua iscrizione nelle liste del medico di base/pediatra di libera scelta di zona. Tale adempimento è posto in essere dagli Uffici Amministrativi della Cooperativa (Ente gestore della struttura riabilitativa) in collaborazione con l'infermiere della struttura. Poiché l'operazione richiede alcuni giorni, si ritiene opportuno che il minore all'ingresso abbia con sé i farmaci per i quali è in trattamento, in misura sufficiente a coprire l'arco temporale necessario al CUP /Distretto sanitario di zona per formalizzare la variazione del medico di base curante.
- Carta d'identità del minore
- Tessera sanitaria magnetica del minore attivata (o SPID)
- Fotocopie documenti genitori e/o tutori
- Libretto Sanitario Cartaceo
- Eventuale invalidità e esenzione
- Eventuali provvedimenti giuridici
- Eventuale decreto di affidamento
- Copia di eventuale permesso di soggiorno
- Documentazione scolastica e/o formativa (se presente)
- Versamento fondo personale (Per agevolare l'organizzazione e consentire la tracciabilità delle spese si richiede che tale fondo possa essere versato su carta prepagata che verrà consegnata all'ingresso e conservata in struttura. La carta verrà in seguito ricaricata dai genitori/tutori in base alle necessità del minore.)

Una volta verificata la completezza, la suddetta documentazione, costituente la **Cartella Clinica personale del paziente**, nonché il kit di farmaci di cui sopra, vengono consegnati al personale della struttura riabilitativa, che accompagnerà il minore presso la struttura stessa.

La documentazione è oggetto di registrazione e archiviazione sul software di gestione "Check" da parte del personale della Struttura o degli Uffici di Segreteria.

5.3 Gestione Tempi di attesa Req Autor. A 4

Tempi di attesa per accesso alla fase di valutazione: I tempi di accesso al Servizio di valutazione Ingresso propedeutico alla successiva fase residenziale sono quantificati al massimo in **una settimana**, fermo restando la disponibilità dei servizi pubblici invianti e dei pazienti. Di norma infatti, nella fase di "prenotazione", pervenuta tramite contatto telefonico o invio e-mail da parte dei servizi pubblici invianti richiedenti l'accesso dei pazienti loro assistiti al trattamento terapeutico riabilitativo residenziale, provvede direttamente a fissare con questi stessi la data del

primo incontro con il minore ed i genitori.

- a) **Tempi di attesa per accesso alla fase riabilitativa presso la struttura sanitaria:** le tempistiche per l'espletamento dell'iter di valutazione e orientamento da parte Servizio Valutazioni Ingresso e per l'accesso del minore al trattamento residenziale sono quantificate di norma in **circa un mese**. In caso di eccedenza di domanda rispetto alla capacità recettiva della struttura riabilitativa, concordemente con i servizi invianti, prende comunque in carico la richiesta di accesso istituendo una **lista di attesa** che viene monitorata costantemente coinvolgendo l'utenza ed il servizio pubblico inviante

6. Fase trattamento riabilitativo nella Struttura Villa Lepoldina

6.1 Verifiche, adempimenti e atti formali correlati all'ingresso nella struttura riabilitativa

6.1.1 Verifica all'ingresso della prescrizione farmacologica e del kit farmaci

Effettuato l'ingresso nella struttura riabilitativa, il Coordinatore del centro o l'operatore che ha provveduto all'accompagnamento del paziente presso la stessa, provvederà a verificare la presenza di eventuale prescrizione farmacologica e, in tal caso, dotazione di una scorta minima dei relativi farmaci prescritti, necessari a coprire il fabbisogno del paziente nei primi giorni successivi al suo ingresso ed in attesa che gli uffici amministrativi provvedano ad iscrivere il paziente nelle liste del medico di base di zona.

L'operatore provvederà a consegnare all'infermiere della struttura - se presente al momento dell'ingresso - sia la documentazione medica citata sia il kit di farmaci. Ove l'infermiere non fosse nel momento presente, l'operatore provvederà a depositare quanto sopra presso il locale infermeria / medicheria della struttura stessa affinché il medico neuropsichiatra e l'infermiere del centro provvedano agli adempimenti previsti (rispettivamente: trascrizione della prescrizione farmacologica sul modulo STU – *Scheda Terapeutica Unica* e predisposizione nel dosaggio prescritto, della terapia farmacologica portata direttamente dal paziente, al suo ingresso presso la struttura.

6.1.2 Variazione medico di base curante - rinnovo esenzioni

I pazienti inseriti nella struttura riabilitativa devono essere iscritti nelle liste di un medico di base/pediatra di libera scelta operante nel territorio in cui è sita la struttura stessa. Ciò al fine di garantire ad essi continuità e tempestività nell'assistenza da parte del medico di famiglia, ivi compreso il rilascio delle necessarie prescrizioni farmacologiche e le richieste per eventuali indagini diagnostiche e visite specialistiche.

L'iter procedurale per l'operazione di variazione del medico curante è svolto dai preposti Uffici di Segreteria della Cooperativa. La cancellazione e successiva iscrizione al medico di base/pediatra di

libera scelta viene effettuata dagli Uffici di Segreteria della Cooperativa previa delega dei genitori/tutori del minore.

I minori provenienti da fuori regione al momento dell'ingresso dovranno di norma risultare cancellati dalla lista del medico di base/pediatra di libera scelta del territorio di provenienza al fine di poter essere iscritti nelle liste del medico di zona, individuato dalla Cooperativa.

Eventuali esenzioni (per patologia o altro) dovranno essere prodotte dalla famiglia o dal servizio inviante al momento dell'ingresso nella struttura riabilitativa. Gli Uffici di Segreteria provvederanno a effettuare il rinnovo di dette esenzioni, sempre presso il CUP/Distretto sanitario di zona, previo rilascio di certificazione aggiornata.

Il personale della struttura riabilitativa è tenuto pertanto a monitorare e a verificare con costanza, la data di scadenza dell'esenzione in oggetto e provvedere, con congruo anticipo, a richiedere ai servizi invianti di provenienza del minore, il rilascio della certificazione sopra citata, affinché gli Uffici possano procedere al rinnovo.

Una volta ottenuto il rinnovo dell'esenzione provvederanno a registrarla e a caricarla sul software di gestione "Check".

6.2 Gestione dell'Accoglienza del paziente nella struttura riabilitativa - Politica dell'accoglienza Req. 6.1 DIP.2

L'ingresso nella struttura sanitaria rappresenta una fase particolarmente delicata e importante del complessivo percorso riabilitativo del paziente. E' infatti questo il momento in cui ~~la persona~~ il minore prende coscienza del cambiamento radicale che investirà la sua quotidianità, sia sotto il profilo pratico-organizzativo che psicologico - relazionale. La gestione dell'accoglienza deve pertanto essere finalizzata e condotta in modo da favorire una concreta integrazione del nuovo utente nella struttura stessa e nel gruppo degli ospiti già presenti, in modo da facilitare l'instaurarsi di una alleanza terapeutica con l'équipe e rendere in tal modo possibile una presa in carico globale della persona, la sua piena accessibilità alle cure e la riduzione del rischio di "drop-out" precoce. Una buona gestione dell'accoglienza produce peraltro ricadute positive sullo stesso gruppo degli ospiti nonché sulla motivazione dell'équipe e sul più generale clima interno.

In tale ottica si rende fondamentale prestare attenzione alle necessità e ai bisogni soggettivi del paziente ed operare affinché, tali necessità e bisogni siano integrati e armonizzati nel contesto di cura allargato.

La rilevanza di gestire adeguatamente l'inserimento di un nuovo paziente nella struttura riabilitativa, è tale da giustificare l'adozione di una vera e propria **"politica dell'accoglienza"** che trova compimento nelle azioni e nelle buone prassi definite nella presente procedura, da attivare e mettere in campo nel momento in cui un nuovo/a ospite viene inserito/a nella struttura.

AZIONI PRELIMINARI:

- a) E' importante che, nell'imminenza dell'ingresso di un nuovo utente, l'équipe operante presso la struttura riabilitativa nonché lo stesso gruppo degli ospiti già ivi inseriti, siano informati e preparati rispetto al suo arrivo;
- b) E' necessario che prima dell'ingresso si sia provveduto a definire e ad organizzare lo spazio che gli verrà assegnato quali ad es. letto debitamente rifatto con cambio di biancheria pulita, armadio e comodino previamente svuotati da eventuali oggetti appartenenti ad altri

ospiti, predisposizione del kit personale della biancheria da bagno etc. In caso il paziente lo preferisca, la struttura può consentire che egli porti al suo interno, e pertanto utilizzi, la propria biancheria personale (sia da letto che da bagno). In questo caso il letto non verrà predisposto con il cambio di biancheria come sopra indicato ma dovrà essere comunque reso preventivamente libero da lenzuola e federe utilizzate dal precedente ospite.

Al nuovo arrivato dovrà essere evidenziato che il mancato rifacimento del letto è da attribuirsi proprio all'intendimento della struttura di rispettare il suo gradimento all'utilizzo di biancheria propria.

Gli accorgimenti sopra descritti sono finalizzati a far percepire al nuovo ospite, di essere stato oggetto di attenzione già prima del suo ingresso e di sentirsi pertanto il benvenuto presso la struttura.

PRIMO GIORNO

Il primo momento dell'accoglienza vera e propria, quella cioè in cui l'ospite entra, fisicamente ed emotivamente, in contatto con la sua nuova dimensione di vita, è cruciale per l'impressione positiva o negativa che esso si fa del luogo e del contesto. Già questa prima impressione iniziale può favorirne o, viceversa, ostacolarne l'inserimento e l'adattamento essendo la base su cui esso, inevitabilmente, costruisce il primo approccio alla sua nuova condizione. In questa primissima fase, sono lo scambio sul piano umano e il calore dell'accoglienza a risultare determinanti, prima ancora dell'efficienza delle prestazioni e dei trattamenti sanitari o della gradevolezza degli spazi. L'équipe degli operatori è quindi il *fattore chiave* che rende l'accoglienza, una "accoglienza di qualità". Operativamente, nel giorno previsto per l'ingresso verranno poste in essere le seguenti azioni:

- a) Concluse le ultime procedure, un operatore dell'équipe della struttura ospitante si incarica di accompagnare il paziente presso la struttura stessa, ove sarà accolto e inserito. In casi eccezionali, da valutarsi a seconda del caso e ove ciò sia ritenuto più consigliabile ai fini di agevolare l'ingresso del paziente, l'équipe della struttura, in accordo con il Direttore Sanitario o con il Coordinatore, può consentire che sia un familiare o una figura di riferimento del paziente stesso ad accompagnarlo presso la struttura, sincerandosi previamente che tutti gli adempimenti e le verifiche indicati al *paragrafo 5.2.7* siano stati correttamente espletati.
- b) Al momento dell'arrivo presso la struttura, l'operatore che si è incaricato di effettuare l'ingresso, provvede a presentare il nuovo ospite agli operatori in turno, nonché al gruppo degli ospiti già inseriti nella struttura organizzandosi con essi affinché al nuovo arrivato siano fatti vedere e siano messi a sua disposizione gli spazi personali, gli arredi e gli accessori ad esso assegnati; sia fatta visitare la struttura nel suo complesso ed i suoi spazi interni ed esterni, provvedendo a fornire una prima illustrazione delle modalità di utilizzo di tali spazi.

Al fine di creare un clima collaborativo con il nuovo utente e onde evitare che egli si senta spaesato, l'operatore, preferibilmente con la collaborazione degli altri ospiti, fornisce una prima descrizione di massima, del complessivo funzionamento della struttura, dei ruoli del personale che compone l'équipe, delle varie attività svolte dagli ospiti, di come sono scanditi i vari momenti della giornata.

PRIMA SETTIMANA

Già all'indomani dell'ingresso e nei giorni immediatamente seguenti, la struttura si adopererà affinché il nuovo ospite abbia modo di fare la conoscenza con tutte le figure che compongono l'équipe: coordinatore, educatore, qualificati e di base, medico neuropsichiatra, infermiere nonché del Responsabile dell'Area Dipendenze e Direttore Sanitario.

Già dal giorno successivo all'ingresso, salvo diverse indicazioni del servizio inviante o limitazioni giuridiche, il paziente potrà effettuare la prima telefonata con i familiari e concordare le modalità e tempistiche delle telefonate successive. Le telefonate avvengono in questa prima fase sempre in presenza dell'operatore affinché possa esserci sia un monitoraggio efficace sia un supporto in caso di eventuali necessità.

Inoltre, nel corso della prima settimana, le attività quotidiane assegnate al nuovo ospite vengono svolte con l'ausilio degli altri componenti del gruppo, rivalutando poi insieme ad esso i livelli di autonomia e di impegno richiesto e avendo sempre cura di pianificare e favorire un inserimento graduale e ponderato nelle attività quotidiane che gli ospiti sono chiamati a svolgere all'interno della struttura.

Nei primi giorni dall'ingresso viene inoltre l'infermiere della struttura avrà cura di compilare il modulo *Valutazione infermieristica all'ingresso VLI-ing* in cui sono tenuto ad effettuare una prima valutazione sui eventuali rischi assistenziali del paziente **Req. 5.1.COM.1**. Tali moduli saranno poi da compilare ogni sei mesi (a metà e a alla fine del percorso terapeutico del minore in struttura), tramite i moduli *VLI-sem* e *VLI dim*, in modo da permettere una valutazione periodica dell'utente.

PRIMO MESE

Durante il primo mese di permanenza presso la struttura, viene attivata una mirata osservazione e valutazione multidimensionale del paziente, finalizzata alla definizione, entro un mese dal suo ingresso, di uno specifico progetto individualizzato in cui vengano fissati gli obiettivi a breve-medio e lungo termine nonché le azioni per il loro conseguimento.

Ai fini di una quanto più adeguata pianificazione del suddetto progetto individuale nonché dei correlati interventi e trattamenti da mettere in campo, grande attenzione deve essere prestata, soprattutto in questa fase di osservazione, ai bisogni e alle aspettative espresse dal paziente, al fine di favorire nello stesso sentimento di fiducia e sicurezza nei confronti dell'équipe ed instaurare in tal modo una positiva alleanza terapeutica, prerequisito fondamentale per una reale efficacia dei trattamenti erogati.

Il paziente dopo massimo un mese dal suo ingresso viene sottoposto a valutazione testistica (scala HoNOSCA), che, al fine di un attento e oggettivo monitoraggio sul funzionamento globale, verrà ripetuta ogni tre mesi (o in caso di importanti cambiamenti sintomatologici) e prima delle dimissioni dal programma terapeutico.

Dopo un mese di osservazione-valutazione viene fissato un incontro sia con i genitori/tutori sia con i servizi invianti per definire e condividere gli obiettivi del PTRI e le strategie terapeutiche.

6.2.1- Formalizzazione Ingresso nella struttura Residenziale

Effettuato l'ingresso nella struttura residenziale, il Coordinatore della struttura stessa, anche tramite altro operatore suo delegato, provvederà ad inviare al/ai Servizi Pubblici invianti, comunicazione formale dell'avvenuto ingresso. Dette comunicazioni verranno conservate nella

cartella personale dell'utente e salvate sul software gestionale "Check".

6.3 Continuità del Percorso di cura **Req.6.1.DIP.4 e Req.5.1.SM.2: Definizione e Gestione Progetto Terapeutico Individuale (PTI) Req. 6.1.DIP.4**

Strumento fondamentale ed elettivo del complessivo percorso riabilitativo del minore è rappresentato dal Programma Terapeutico Individuale (PTI) che viene definito ed elaborato in coerenza con il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato "globale" elaborato dal servizio sanitario pubblico che dispone l'invio del minore nella struttura residenziale.

Il PTI declina infatti tutto il percorso clinico-assistenziale del minore nella struttura residenziale.

Esso viene definito ed elaborato in coerenza con gli obiettivi iniziali, tracciati dal ~~servizio SVO~~ Servizio Valutazioni Ingresso, sulla base della Valutazione Multidimensionale effettuata all'ingresso e delle indicazioni fornite dal servizio sanitario pubblico che dispone l'invio del paziente stesso nella struttura riabilitativa.

Esso si compone di cinque sezioni dalla A alla E.

a) Sezione A – Anamnesi, Valutazione multidimensionale iniziale, Informativa e raccolta dati

Come già descritto nel *paragrafo 5.2.4*, detta sezione viene redatta a cura del ~~servizio Valutazione e Orientamento SVO~~ Servizio Valutazioni Ingresso, nella fase ante-ingresso presso la struttura riabilitativa.

In tale sezione, oltre alla raccolta dei dati anagrafici, anamnestici e di tutte le informazioni necessarie all'ingresso del paziente nella struttura sanitaria riabilitativa, il Servizio Valutazioni Ingressi, sulla base della Valutazione Multidimensionale effettuata ed in coerenza con le indicazioni fornite dal servizio inviante, tramite relazione e/o bozza di progetto individuale, provvede alla definizione degli obiettivi iniziali del successivo percorso riabilitativo, che viene effettuato **con il pieno coinvolgimento del minore e dei genitori/tutorie** del loro espresso consenso scritto ad accettare e ad aderire al percorso riabilitativo individuato e agli obiettivi iniziali formulati (**Mod. CIC – Consenso informato alle Cure**).

Nel PTRI Sez. A è presente nella sezione A8 anche la Valutazione di Eventuali Rischi Assistenziali come da **Req. 5.1.COM.1** dell'accreditamento. Tale valutazione verrà poi ripresa nel *Mod. VLI-ing Valutazione infermieristica all'Ingresso* come specificato nel paragrafo 6.2 PRIMA SETTIMANA

Ad avvenuto ingresso del/della minore presso la struttura riabilitativa, detta struttura provvede alla gestione e all'aggiornamento delle altre sezioni del PTI, come di seguito indicato

b) Sezione B – Definizione Progetto Terapeutico Individuale

Dopo un periodo di osservazione, di norma 1 mese, la struttura residenziale provvede alla stesura estensiva del Programma Terapeutico Individuale del minore, in cui la pianificazione delle attività assistenziali viene definita in coerenza con la valutazione multidimensionale del minore, coerente con le condizioni del paziente. Nella presente sezione vengono pertanto esaurientemente descritti gli obiettivi a breve – medio e lungo termine, le azioni per il loro conseguimento e la programmazione delle cadenze con cui verranno effettuate le valutazioni intermedie periodiche del minore. Ai fini della definizione del Programma Terapeutico Individuali e fermo restando la loro pertinenza rispetto alla valutazione/ approfondimento diagnostico, le aree multidimensionali di

osservazione riguarderanno il quadro psicopatologico, i meccanismi di difesa, le competenze relazionali extra ed intra-familiari, le autonomie e le abilità sociali, il funzionamento scolastico, la cura di sé e dell'ambiente, la gestione del tempo libero.

Nell'ottica della attiva partecipazione del minore e della famiglia al percorso di cura, gli obiettivi del progetto terapeutico specifico verranno definiti con il pieno coinvolgimento, sia del paziente, che dei genitori/tutori (**Req. 4.1 COM.1**), con il loro esplicito assenso e consenso scritto sul **API - Accettazione del Programma Terapeutico Individuale da far firmare ai MINORI e API 2 - Accettazione del Programma Terapeutico da far firmare al GENITORE/TUTORE**

c) Sezione C – Valutazioni periodiche

In base alle cadenze stabilite, la struttura residenziale provvederà ad effettuare verifiche intermedie sull'andamento del percorso riabilitativo del minore, provvedendo a redigere, sulla sezione C del PTI ed in base agli esiti scaturiti dalle verifiche stesse, debita relazione che dovrà essere trasmessa al servizio inviante. Le aree oggetto di verifica saranno quelle indicate nel Programma Terapeutico Individuale concordato con il Servizio Inviante e sopra richiamate.

Le valutazioni periodiche verranno effettuate anche avvalendosi di momenti di temporaneo ritorno del minore presso la famiglia, là dove è presente e sia possibile. Questi momenti, denominati "permessi terapeutici", hanno la finalità sia di favorire e dare continuità ai rapporti familiari e ambientali, sia di valutare la risposta ai trattamenti riabilitativi da parte del paziente, nel corso di sua assenza temporanea dalla struttura riabilitativa e pertanto al di fuori del contesto protetto della struttura riabilitativa stessa.

La periodicità e l'esigenza di tale tipo di valutazione può variare in base alle caratteristiche specifiche del paziente e alle sue condizioni cliniche complessive. Gli esiti di tali valutazioni vengono riportate anch'esse nella sezione C del PTI.

Gli esiti delle valutazioni sono discussi con il minore e i genitori/tutori nell'ottica della condivisione del percorso di cura.

La prima valutazione intermedia viene effettuata dopo un mese di osservazione del paziente. Le successive hanno cadenza trimestrale.

Ad integrazione del PTI e come strumento di supporto per le periodiche valutazioni in itinere di cui alla sezione C), la struttura adotta un **"DIARIO GIORNALIERO"** (**Mod. DIP Diario Integrativo Paziente**).

d) Sezione E – Valutazione conclusiva

Tale sezione è riservata alla stesura di opportuna relazione da parte della struttura sanitaria, al termine del percorso riabilitativo.

La sezione prevede campi specifici per redigere la relazione, da trasmettere al servizio inviante, nei diversi casi in cui il percorso giunga a termine. Oltre alla prevista conclusione del percorso riabilitativo, debita relazione dovrà essere infatti redatta anche nei casi di abbandono volontario del paziente o allontanamento dello stesso, disposto dalla struttura riabilitativa per motivi che non consentono una sua ulteriore permanenza nella struttura.

Le dimissioni del paziente dalla struttura per completamento del percorso riabilitativo, sono sempre concordate con il servizio inviante. La procedura di dimissione è illustrata al *paragrafo 6.19*. Al momento dell'uscita del paziente dal percorso riabilitativo dovrà essergli rilasciata **"lettera di dimissione"** di cui al *Mod. LDD – Lettera di dimissione* come da requisito accreditamento **Req. 3.1.COM.2** con le informazioni circa le azioni da intraprendere e la riconciliazione farmacologica.

Nella *LDD Lettera di Dimissione* sono inoltre riportati gli interventi di educazione al paziente per una buona gestione delle dimissioni **Req. 4.1.COM.2**

E' inoltre fatto obbligo di effettuare la rilevazione delle informazioni fornite attraverso apposito modulo: *Mod DAD – Dichiarazione alle Dimissioni* in cui il paziente attesti che al momento della dimissione è stato informato di cosa tenere sotto controllo dopo l'uscita dal percorso riabilitativo e che dette informazioni gli sono state fornite "per iscritto" tramite rilascio della Lettera di dimissione di cui sopra come da requisito accreditamento **4.1.COM.3**

6.3.1 Strumenti integrativi al PTI

Diario Integrativo Paziente

La struttura riabilitativa adotta inoltre un Diario giornaliero Integrativo (Mod. DIP *Diario Integrativo Paziente*), al fine di annotare e pertanto tracciare e monitorare quotidianamente e con sistematicità, quella serie di informazioni, osservazioni e notazioni ritenute utili e importanti ai fini della attivazione di eventuali interventi specifici e mirati nonché come supporto per le valutazioni intermedie e per le relative relazioni che la struttura effettua a cadenza periodica. Il Diario integrativo rappresenta peraltro un fondamentale strumento, tra altri adottati (quali registro consegne – schede Handover che verranno citati nel paragrafo 6.5) relativo alle modalità di circolazione delle informazioni e passaggio di consegne nella struttura riabilitativa al fine di garantire continuità assistenziale al paziente

6.4 Organizzazione e Pianificazione del servizio

Il servizio si svolge con orario h24 per 365 giorni l'anno.

La copertura e la continuità della struttura, del servizio e dei trattamenti in essa erogati, è garantita dalla costante presenza di personale qualificato che si avvicenda nell'arco delle 24 ore, attraverso turnazioni programmate. Nell'ambito dell'organizzazione dell'orario del personale è garantita la presenza di tutte le figure ed i profili professionali chiamati ad erogare le proprie prestazioni e ad esercitare le proprie funzioni in base alla pianificazione delle attività a favore del minore, come da PTI. E' sempre garantita la co-presenza di educatore professionale e Operatore Socio-Sanitario compreso nell'orario notturno.

L'organizzazione e la pianificazione del servizio ed i relativi momenti decisionali sono gestiti tramite riunioni periodiche e sistematiche dell'équipe multidisciplinare a cui partecipano stabilmente: Neuropsichiatra, Coordinatore Psicologo-Psicoterapeuta, Educatori, Operatori Socio-Sanitari, Atelieristi, Infermiere. Ove necessario, e per la natura degli argomenti trattati nella riunione dell'équipe, partecipa anche il Direttore Sanitario.

La riunione d'équipe viene effettuata di norma, con cadenza settimanale (salvo diversa necessità specifica) ed è finalizzata:

- alla informazione diffusa di quanto accaduto nel corso della settimana, anche riguardo agli esiti di eventuali interventi specifici posti in essere;
- alla definizione ed alla programmazione di azioni ed interventi che si rende opportuno attivare.

Le azioni prese e definite nelle riunioni di equipe possono riguardare:

- singoli utenti;
- gruppi di utenti;
- problematiche legate ai rapporti ospiti/famiglie;
- attività espressive;
- altro.

Di ogni riunione di equipe viene redatto un verbale che è conservato in struttura presso apposito archivio dei verbali. I verbali sono conservati a cura del Coordinatore e redatti su indicazione dello stesso.

Le disposizioni relative a singoli pazienti che abbiano particolare rilevanza ai fini del percorso riabilitativo devono obbligatoriamente essere inserite anche nelle cartelle personali dei pazienti stessi.

6.5 Circolazione delle informazioni e passaggio di consegne

La pervasiva, tempestiva e sistematica circolazione e diffusione delle informazioni costituisce lo strumento principe atto a garantire la necessaria continuità assistenziale. La struttura riabilitativa adotta quindi diversi strumenti finalizzati a garantire la corretta sistematica circolazione delle informazioni e il passaggio di consegne, soprattutto tra un turno e l'altro.

6.5.1 Registro delle Consegne

Nella struttura riabilitativa deve ad ogni modo essere sempre garantita la massima diffusione di tutte le informazioni che riguardano, non solo il percorso riabilitativo di ogni paziente, ma anche gli aspetti organizzativi della struttura e dei servizi in essa erogati. Fermo restando il fondamentale strumento delle riunioni di equipe, svolte a cadenza settimanale e già descritte al precedente *paragrafo 6.4*, la struttura adotta specifiche misure e strumenti per la diffusione quotidiana di informazioni ed il passaggio di consegne in particolare tra un turno e l'altro degli operatori che si avvicendano all'interno del servizio.

In particolare, il passaggio delle informazioni e delle consegne avviene attraverso l'annotazione di ogni fatto ed evento occorso nel turno di lavoro nel **Registro delle consegne**. Dette informazioni possono riguardare la semplice conferma della corretta effettuazione di azioni programmate, di tipo organizzativo e/o riabilitativo - assistenziale (a titolo esemplificativo e non esaustivo: consegna della spesa alimentare da parte dei fornitori, interventi tecnici da parte di ditte manutentrici, svolgimento attività ergo terapeutiche assegnate e svolte dai pazienti, accompagnamento dei pazienti a visite mediche etc. etc.) facenti parte della quotidianità della struttura, come pure eventi non previsti, sia di tipo organizzativo sia di tipo operativo, sia infine di tipo clinico verificatisi nel corso del turno.

Qualora l'evento imprevisto riguardi nello specifico i pazienti e i relativi aspetti clinici - a vari livelli - esso, oltre ad essere annotato nel registro delle consegne, viene riportato nel diario integrativo del paziente (**Mod. DIP**), strumento di corredo al **PTI** già descritto al *paragrafo 6.3.1: Strumenti integrati al PTI: Diario Integrativo paziente*

Ad ogni cambio di turno, è previsto un momento di co-presenza tra il personale uscente e quello entrante durante il quale le informazioni riportate sul registro delle consegne e, se di carattere

clinico- **sul diario integrativo del paziente DIP**, vengono anche anticipate e spiegate a voce dall'operatore uscente e discusse in modo congiunto con l'operatore entrante.

Resta inteso che l'obbligo di segnalazione scritta, nelle modalità sopra riportate, contempli anche e a maggior ragione, eventi e situazioni di emergenza che richiedano l'attivazione immediata dei servizi di pubblico soccorso (Pronto intervento 112, Forze dell'ordine, Vigili del Fuoco etc.)

6.5.2 Handover Req 6.1.COM.2

Per quanto già detto in merito ad informazioni di particolare rilevanza, che integrano la possibilità di un concreto rischio per il paziente e pertanto del verificarsi di un evento avverso o addirittura di un evento sentinella, la struttura ha in dotazione un ulteriore specifico strumento, denominato: **Modello Scheda Handover (MSH)**, integrativo e non sostitutivo del Registro delle Consegne e del Diario Integrativo del Paziente, in cui annotare informazioni che hanno una rilevanza e una priorità tali da richiedere che su di esse venga massimamente focalizzata l'attenzione e la vigilanza del personale della struttura su aspetti critici da tenere sotto stretto controllo per la sicurezza del paziente.

Peculiarità dello strumento è quello di garantire, non solo che le informazioni rilevanti vengano trasmesse attraverso uno specifico canale atto non solo a garantire l'attenzione verso gli aspetti critici segnalati, ma anche che le informazioni riportate siano state chiaramente comprese dal ricevente o, nel caso (non infrequente) che la segnalazione coinvolga più interlocutori "a catena", che le informazioni segnalate siano comprese da tutta la filiera delle figure professionali coinvolte e interessate al monitoraggio e alla gestione della criticità.

A tal fine la scheda *Handover* prevede che il ricevente o i riceventi annotino espressamente sulla scheda stessa, di aver compreso la segnalazione ricevuta e le azioni da porre in essere per fronteggiarla e gestirla.

La scheda Handover costituisce uno strumento da redigere in modo specifico nelle azioni volte alla gestione del RISCHIO CLINICO alla cui procedura pertanto si rimanda.

6.5.3 Diario Integrativo del Paziente

Tale strumento è stato già descritto nel precedente *paragrafo 6.3.1* a cui pertanto si rimanda

6.6 Applicazione/Adesione a Protocolli di indirizzo clinico-terapeutico e loro diffusione Req 5.1.COM.7

La struttura adotta e utilizza strumenti, procedure e protocolli condivisi di indirizzo clinico-terapeutico.

Detti strumenti sono oggetto di monitoraggio e discussione per quanto riguarda il livello di applicazione e adesione nei pazienti o in target specifici di pazienti. Il monitoraggio e la discussione a riguardo.

La diffusione e la condivisione dei protocolli e delle procedure di indirizzo clinico-terapeutico tra il personale operante nella struttura, avviene in modo costante e sistematico attraverso le seguenti principali modalità:

- Riunioni settimanali di équipe
- Occasioni formative
- Riunioni generali periodiche (staff generali, report restituzione monitoraggio degli esiti etc.)
- Riunioni di coordinamento

Attraverso l'Indagine di soddisfazione del personale e clima interno, svolto annualmente e rivolto a tutto il personale impiegato, la struttura rileva periodicamente la diffusione dei protocolli in oggetto tra gli operatori.

6.7 Rischio farmaci: Gestione Terapie farmacologiche Req 5.1.COM.3

Tra i requisiti di processo previsti dalla normativa in materia di accreditamento sanitario, grande attenzione è rivolta ai potenziali rischi, anche molto gravi, correlati alla gestione dei farmaci che dovrà pertanto essere oggetto di procedura mirata, esaustiva e conforme alla norma e alle raccomandazioni del Ministero della Salute.

Per il corretto svolgimento del Percorso terapeutico-riabilitativo alla struttura sanitaria è assegnato un medico neuropsichiatra che, ove ne valuti la necessità, provvede a prescrivere al paziente in trattamento, l'opportuna terapia farmacologica. Poiché la prescrizione farmacologica è effettuata dal medico direttamente nei confronti del paziente, la modalità definita per l'assunzione di detti farmaci è declinata nella forma della "auto- somministrazione assistita", come previsto dalla norma in materia (Delibera R.T. n. 513 del 16.04.2019 All. 1). A tale riguardo la struttura assume la responsabilità e la funzione di garantire che la terapia prescritta al paziente venga correttamente approvvigionata, conservata, predisposta e messa a sua disposizione affinché egli possa, in sicurezza, procedere all'auto-somministrazione con l'assistenza del personale in turno. A tale riguardo la struttura, una volta espletata dal medico la fase di prescrizione, assicura l'approvvigionamento dei farmaci prescritti, la loro preparazione giornaliera da parte di figura infermieristica in base alla posologia indicata dal medico, la loro custodia in sicurezza ed il sostegno al paziente nel momento dell'auto-somministrazione, espletata appunto con il criterio della "auto – somministrazione assistita".

Ai sensi della norma vigente, nella struttura sanitaria opera altresì la figura dell'infermiere che collabora con il Neuropsichiatra e con l'équipe della struttura stessa per la corretta gestione delle necessità medico-sanitarie e farmacologiche del paziente.

La procedura definita per la complessiva gestione dei farmaci, contempla l'utilizzo di apposito modulo richiesto espressamente dalla norma e denominato **STU (Scheda Terapeutica Unica) Req. 5.1. DIP. 3 e Req. 5.1 COM.3** e in cui, sempre ai fini di ridurre quanto più possibili i rischi legati alla gestione dei farmaci, deve risultare:

- a) Prescrizione terapia farmacologica da parte del medico con posologia e data
- b) Data e ora dell'assunzione della terapia farmacologica da parte dei pazienti
- c) Firma o sigla del medico prescrivente, sigla dell'infermiere che ha predisposto la terapia, sigla del personale in turno che assiste il paziente nell'auto – somministrazione, sigla del paziente per asseverazione dell'avvenuta assunzione. A tale riguardo e come prescritto dalle norme di riferimento, presso il locale medicheria della struttura dovrà essere presente la scheda di deposito delle sigle di tutti i soggetti coinvolti nella procedura (medico, infermiere, operatori e pazienti)

6.7.1 Prescrizione farmacologica

La prescrizione dei farmaci è effettuata dal medico Neuropsichiatra della struttura sul **Mod. STU** che reca espressamente: il nominativo del paziente, la data di inizio della terapia, la tipologia e posologia del farmaco, il formato, la via di somministrazione e gli orari di assunzione. La prescrizione è asseverata dal medico tramite apposizione della propria firma.

Sulla stessa **STU** il medico neuropsichiatra della struttura registra anche l'eventuale sospensione della terapia prescritta e ogni sua variazione nonché la prescrizione di eventuali farmaci occasionali (cosiddetta terapia al bisogno o TAB).

Al fine di evitare o ridurre quanto più possibile, i margini di errore circa la corretta interpretazione della prescrizione, la **STU** deve essere preferibilmente compilata in modalità informatica. Qualora per varie cause si rendesse necessaria la compilazione a mano, quest'ultima deve essere compilata rigorosamente in stampatello.

Il Neuropsichiatra monitora il percorso dell'utente sotto il profilo psico-fisico-sanitario, valutando contestualmente l'efficacia della terapia farmacologica prescritta, attraverso visite settimanali con il paziente e con il supporto dell'Infermiere e degli Operatori che lo seguono quotidianamente.

6.7.2 Approvvigionamento Farmaci

L'infermiere operante presso la struttura riabilitativa provvede a raccogliere le prescrizioni effettuate dal medico sul **Mod. STU** per i vari pazienti inseriti nella struttura sanitaria e a comunicarle tramite mail al medico di competenza per la prescrizione su ricettario regionale. Il ritiro delle ricette e il successivo approvvigionamento potranno essere effettuati sia dall'infermiere che dagli OSS/educatori operanti nella struttura.

La procedura prevede:

- Interfaccia dell'infermiere della struttura con il medico di base nelle cui liste è iscritto il paziente, al fine della trascrizione dei farmaci prescritti dal medico neuropsichiatra della struttura o da altri eventuali specialisti.
- Compilazione da parte dell'infermiere della struttura del modulo di richiesta farmaci da inviare tramite mail alla farmacia di riferimento o da consegnare all'OSS/educatore della struttura incaricato all'approvvigionamento. L'approvvigionamento dei farmaci dovrà essere effettuato presso la Farmacia di fiducia della struttura sanitaria o, se la tipologia di farmaco lo prevede, presso la Farmacia dell'ospedale
- Consegna dei farmaci così approvvigionati, all'infermiere della struttura sanitaria.

NOTA: L'infermiere che si interfaccia con il medico di medicina generale o pediatra di libera scelta per la trascrizione dei farmaci indicati dal neuropsichiatra della struttura, nonché con le farmacie per il conseguente loro approvvigionamento, dovrà aver cura di controllare la corrispondenza tra i farmaci prescritti dal medico della struttura e quelli trascritti dal medico di base, nonché tra questi e quelli approvvigionati presso le farmacie di riferimento. Ciò in particolar modo in caso di farmaci LASA (Racc. Ministeriale n. 12)

6.7.3 Predisposizione terapie farmacologiche

L'Infermiere della Struttura, ricevuti i farmaci approvvigionati, provvede alla loro custodia in armadi

chiusi a chiave o a seconda del tipo di farmaco in armadio cassaforte, ubicati nel locale infermeria/medicheria.

L'infermiere provvede alla preparazione dei farmaci per ogni paziente della struttura, suddividendoli nelle varie somministrazioni giornaliere previste, secondo le posologie prescritte dal medico sul **Mod. STU- Scheda Terapia Unica**. Egli provvede quindi all'inserimento dei farmaci così predisposti, all'interno di contenitori farmadose in cui è riportato il nome e cognome del paziente, a loro volta conservati e custoditi in apposite cassette di sicurezza, ubicate nel locale infermeria o medicheria in cui è riportato numero al quale è associata la STU del minore in questione.

L'infermiere dovrà apporre la propria firma o sigla nell'apposito spazio del **Mod. STU** per attestazione dell'avvenuta predisposizione della terapia giornaliera.

Ogni farmadose dovrà contenere la terapia da somministrare al paziente ad un determinato orario (mattina, pomeriggio o sera) in bustine separate dove, oltre al nome e cognome del paziente, è presente anche l'ora della assunzione.

Come per la fase di approvvigionamento, l'infermiere che predispone la terapia dovrà prestare particolare attenzione alla corrispondenza tra quanto prescritto dal medico e quanto predisposto. Ciò con particolare riguardo ai farmaci LASA

6.7.4 Prevenzione per gli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni

Al fine di prevenire errori di terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, sulla documentazione sanitaria in cui è opportuno utilizzare indicazioni abbreviate, (a titolo di esempio: **STU**) è **obbligatoria la presenza di una legenda chiara ed esaustiva** che indichi in modo inequivocabile la corrispondenza tra l'abbreviazione e il significato esteso della stessa

6.7.5 Assunzione del farmaco: auto somministrazione assistita

L'assunzione del farmaco da parte del paziente, dovrà svolgersi nel locale infermeria e verrà effettuata nella forma della "AUTO-SOMMINISTRAZIONE ASSISTITA"

Detta modalità prevede che il personale sanitario in turno, ove non presente l'infermiere, ad orari prestabiliti in base a quanto indicato nella STU, abbia cura di mettere a disposizione del minore il farmaco predisposto dall'infermiere, aprendo la cassetta di sicurezza del paziente, in modo che egli possa personalmente prelevare il proprio farmadose contenente il farmaco e procedere alla assunzione. Quando l'operatore in turno assiste il paziente nell'auto-assunzione del preparato farmacologico dovrà aver cura:

- a) Di far entrare nel locale infermeria un paziente per volta;
- b) Che la messa a disposizione ai pazienti della rispettiva terapia avvenga negli orari di assunzione indicati dal medico nella **STU**;
- c) Di coinvolgere il paziente verificando con esso: la corrispondenza del nome con la cassetta di sicurezza personale ove è custodito il proprio farmadose; la corrispondenza di quanto presente nel farmadose con quanto indicato dal medico sulla **STU**; il prelievo da parte del paziente, del farmaco corrispondente all'orario in cui esso deve essere assunto;
- d) Di accertarsi dell'avvenuta assunzione della terapia da parte del paziente (es. facendogli aprire la bocca e alzare la lingua);
- e) Di non modificare o concedere al paziente di modificare in alcun modo la terapia, neppure

su richiesta di questo stesso e di invitare in questo caso il paziente a discuterne con il neuropsichiatra della struttura

- f) Di siglare nell'apposito spazio del **Mod. STU** l'avvenuta assistenza al paziente che si auto-somministra la terapia predisposta dall'infermiere;
- g) Di far siglare al paziente l'apposito campo del **Mod. STU**, per asseverazione da parte sua dell'avvenuta assunzione

Qualora il paziente si rifiuti, si dimentichi oppure non assuma per sua responsabilità la terapia prescrittagli, l'operatore che assiste il paziente nell'auto-somministrazione deve provvedere ad annotare nel **Mod. STU** la mancata assunzione – utilizzando preferibilmente una penna rossa o un evidenziatore al fine di renderla immediatamente attenzionabile. Egli dovrà inoltre comunicare tempestivamente l'accaduto al Coordinatore della struttura e lasciare chiara comunicazione scritta nel registro delle consegne e nel diario integrativo del paziente.

In caso il paziente richieda di assumere terapia farmacologica occasionale (cosiddetta terapia al bisogno **TAB**), già predisposta dall'infermiere nel farmadose personale, secondo la prescrizione del medico neuropsichiatra, l'operatore in turno, consultandosi previamente con il neuropsichiatra stesso, provvederà a metterla a disposizione del paziente con la medesima procedura sopra descritta, ivi compresa la propria siglatura nel campo del **Mod. STU** nonché la raccolta della sigla del paziente nel medesimo modulo.

6.7.6 Terapie Farmacologiche prescritte da medici o presidi sanitari esterni alla struttura riabilitativa

In caso di prescrizioni di terapie farmacologiche effettuate da figure mediche esterne alla struttura riabilitativa (medico di base, altri medici specialisti, medici di presidi sanitari esterni), per patologie non attinenti al percorso riabilitativo effettuato presso la struttura, già in atto al momento dell'ingresso o insorte nel corso del percorso riabilitativo, la procedura di **approvvigionamento, custodia, predisposizione e auto somministrazione** del farmaco da parte del paziente è la medesima illustrata per le terapie prescritte dal medico neuropsichiatra della struttura.

Per quanto riguarda la fase di **prescrizione farmacologica**, effettuata da medici esterni alla struttura (di base o specialisti) che hanno in cura il minore per patologie già esistenti al momento del suo ingresso nella struttura riabilitativa o insorte nel corso del percorso riabilitativo, il medico neuropsichiatra della struttura avrà cura di trascrivere la prescrizione farmacologica di cui sopra, sul medesimo **Mod. STU**. In questi casi il medico della struttura, in luogo della propria firma nell'apposito campo, provvederà ad indicare il nome del medico o del presidio sanitario esterno che ha emesso la prescrizione. Detta prescrizione effettuata da figure sanitarie esterne viene allegata al **Mod. STU** o conservata nella cartella sanitaria del paziente. Le prescrizioni farmacologiche che non vengono trattenute dalla farmacia al momento dell'approvvigionamento, vengono allegate in **originale**. In caso di ricetta trattenuta dalla farmacia, viene allegata la **copia fotostatica** della ricetta stessa.

6.7.7 Continuità di trattamento farmacologico pazienti temporaneamente

assenti struttura riabilitativa o assenti in via definitiva o a tempo indeterminato a seguito di interruzione volontaria del trattamento o di altri motivi di assenza

In caso di assenza temporanea del minore dalla struttura riabilitativa, in ordine a permesso terapeutico (es. verifica dei trattamenti residenziali presso il proprio domicilio) o per altri motivi temporanei o a tempo indeterminato nonché in caso di interruzione volontaria dei trattamenti riabilitativi, la struttura ha cura di garantire la continuità del trattamento farmacologico in corso.

In tal senso l'Infermiere provvede a predisporre le posologie del farmaco per le giornate di assenza previste o, in caso di abbandono, le consegna al genitore/tutore delle terapie in corso. Il farmaco/farmaci così predisposti vengono quindi consegnati ai genitori/tutori avendo cura di far firmare agli stessi attestazione dei farmaci ricevuti in consegna sul **Mod. CTF (Consegna Terapia Farmacologica)**. Unitamente ai farmaci verrà fornita anche copia della prescrizione farmacologica effettuata dal medico sul **Mod. STU**.

La responsabilità della corretta assunzione del farmaco nel corso della sua assenza dalla struttura riabilitativa, è demandata ai genitori/tutori del paziente stesso che rimane comunque l'affidatario della prescrizione farmacologica disposta dal medico psichiatra o da altri medici curanti

Nei casi di abbandono improvviso e immediato, il personale della struttura dovrà limitarsi a consegnare ai genitori/tutori del paziente esclusivamente le terapie già predisposte dall'infermiere nel farmadose personale per la giornata in corso ovvero per i due giorni del fine settimana, se l'abbandono improvviso avviene di venerdì. Anche in questi casi sarà cura del personale avvisare il servizio inviante affinché il paziente possa proseguire le proprie terapie presso il servizio inviante stesso, una volta uscito dalla struttura.

Nei casi in cui il minore che decida di abbandonare improvvisamente la struttura, abbia in corso terapie farmacologiche "salvavita" non relative al suo percorso riabilitativo bensì per patologie altre preesistenti al suo ingresso nella struttura o insorte nel corso della sua permanenza presso di essa, (a titolo esemplificativo e non esaustivo: diabete, lupus, gravi forme asmatiche etc.) la struttura dovrà consegnare al paziente le terapie farmacologiche personali in misura tale da garantirgli la continuità di trattamento farmacologica eccedente la sola giornata in corso o le sole due giornate successive. Spetta al medico della struttura valutare - rispetto ai singoli pazienti che rientrano in tale casistica- quali e in che dosaggio siano i farmaci c.d. "salvavita" che la struttura deve indispensabilmente consegnare loro in caso di eventuale abbandono improvviso.

A tale scopo il medico della struttura, coadiuvato dal personale infermieristico del centro, dovrà redigere e sottoscrivere un elenco, da conservare presso la medicheria della struttura, in cui siano riportate le indicazioni di cui sopra.

Alla dimissione concordata ai genitori/tutori verrà consegnata l'intera scorta di terapia compresi i farmaci o parafarmaci "da banco" di proprietà del paziente sempre previa compilazione del **Mod. CFT**.

6.7.8 Inconvenienti nell'auto-somministrazione dei farmaci da parte dei pazienti

E' cura ed obbligo del personale che assiste il paziente nella procedura di **Auto-Somministrazione Assistita**, segnalare tempestivamente al Coordinatore della struttura e al Neuropsichiatra qualsiasi

inconveniente occorso nell'assunzione dei farmaci, ivi compresi eventuali rifiuti della terapia prescritta.

6.7.9 Pazienti già muniti di terapia farmacologica e/o di prescrizione farmacologica al momento dell'ingresso in struttura

Nel caso in cui al momento dell'ingresso, venga consegnata terapia farmacologica prescritta da figure mediche esterne alla struttura riabilitativa, si rende necessario che, unitamente al farmaco, i genitori/tutori presentino, in sede di visita collegiale pre-ingresso, la documentazione/refertazione del medico prescrivente, recante tutte le indicazioni e le informazioni relative alla situazione sanitaria e alla correlata terapia prescritta, tali da consentire al medico neuropsichiatra della struttura, di operare una corretta riconciliazione farmacologica, a tutela della sicurezza del paziente ed in osservanza della relativa raccomandazione ministeriale (**Raccomandazione n. 17 Ministero della Salute**)

La documentazione/refertazione medica di cui sopra e per le stesse motivazioni addotte, deve essere presentata anche laddove il paziente, al momento dell'ingresso non recasse con sé eventuali terapie farmacologiche ma anche solo la prescrizione della stessa.

Effettuata la verifica della documentazione sanitaria sopra richiamata, il medico neuropsichiatra della struttura, provvederà a trascrivere la prescrizione del farmaco sul **Mod. STU** nelle modalità già descritte nei precedenti paragrafi.

Espletato quanto sopra, le procedure adottate per garantire il corretto approvvigionamento del farmaco, la sua predisposizione da parte dell'infermiere della struttura e la corretta assunzione da parte del paziente, sempre nella modalità di auto-somministrazione assistita, saranno le medesime descritte nei precedenti paragrafi relativi alla complessiva gestione dei farmaci: approvvigionamento, custodia, preparazione, auto somministrazione assistita.

In casi oggettivamente eccezionali di ingressi o re-ingressi **URGENTI** di pazienti recanti con sé terapie e/o prescrizioni farmacologiche e la cui richiesta di "ingresso urgente" sia disposta dal servizio inviante in ordine a improcrastinabili motivi di sicurezza o salute del paziente stesso, tali da non consentire l'espletamento di tutte le azioni propedeutiche di filtro e valutazione previste, l'infermiere della struttura o l'operatore in turno che accoglie il paziente, dovrà darne immediata comunicazione al medico neuropsichiatra affinché proceda tempestivamente alla verifica della terapia farmacologica e della correlata documentazione/refertazione di corredo, che il paziente ha comunque obbligo di presentare anche in caso di re-ingresso urgente.

Espletata tale verifica, il medico neuropsichiatra procederà come da standard con la trascrizione della prescrizione sul Mod. STU nelle modalità già descritte e la struttura riabilitativa potrà adottare le previste procedure già illustrate in merito alle operazioni di approvvigionamento, custodia, preparazione del farmaco e sua auto-somministrazione assistita.

Ricorrendo il caso e salvo non vi sia oggettiva possibilità di procedere in modo diverso, è **comunque caldamente consigliato** che, fermo restando quanto sopra indicato in merito all'immediata comunicazione al medico neuropsichiatra, l'ingresso o il re-ingresso urgente di pazienti che accedono alla struttura già muniti di terapia farmacologica, avvenga quantomeno nella fascia oraria in cui sia presente l'infermiere della struttura.

L'obbligo di presentare la debita refertazione medica sopra indicata, ricorre anche nei casi in cui il paziente rientri nella struttura riabilitativa a seguito di sua temporanea assenza dalla stessa (es. permesso terapeutico per verifica dei trattamenti presso il proprio domicilio o altri motivi di temporanea assenza dalla struttura con riserva del posto) e porti con sé farmaci e/o prescrizioni farmacologiche disposte da medici dei servizi invianti o altri medici esterni alla struttura, nel corso dell'assenza temporanea dalla struttura.

6.7.10 Conservazione e controlli di prodotti farmacologici

a) Custodia e conservazione Come già anticipato nei precedenti paragrafi relativi alla complessiva gestione dei farmaci, la struttura è dotata di locale adibito ad **Infermeria/Medicheria**, rigorosamente chiuso a chiave.

Il compito di custodire e conservare i farmaci è assegnato all'infermiere della struttura stessa che rappresenta il **Referente Gestione Farmaci**

- I **farmaci da banco** vengono custoditi dall'infermiere in apposito armadio chiuso, ubicato nel locale infermeria/medicheria.
- **Altri farmaci** prescritti dal medico ai pazienti ed in attesa di essere predisposti dall'infermiere nelle posologie indicate ed inseriti negli appositi farmadose giornalieri all'interno delle relative cassette di sicurezza individuali nominative, anch'esse ubicate nel locale infermeria/medicheria, vengono conservati in buste individuali con sopra le iniziali del paziente a loro volta riposte in armadio chiuso a chiave all'interno dell'infermeria/medicheria.
- **Con particolare riferimento alla Raccomandazione ministeriale n.12**, l'infermiere della struttura dovrà porre particolare attenzione alla collocazione dei farmaci negli armadi ove essi vengono custoditi. A riguardo dovrà utilizzare modalità che riducano il rischio di scambio di farmaci cosiddetti *LASA* che in ragione della loro somiglianza nel nome, nel carattere grafico o nella confezione, possono essere facilmente scambiati tra loro. (Es. utilizzare armadietti diversi, posizionare di tali farmaci in modo ben distanziato tra loro, apporre eventuale segno di riconoscimento etc.)
- Le chiavi dell'infermeria/medicheria, nonché quelle dei dispositivi di sicurezza in cui sono riposti i farmaci (cassette personali degli ospiti, armadi e armadi-cassaforte) sono custodite dall'infermiere della struttura e dall'operatore in turno.
- Nel caso di farmaci che necessitano di conservazione in ambiente refrigerato, l'infermiere provvederà alla loro conservazione in apposito frigorifero ubicato nel locale infermeria/medicheria, provvedendo quotidianamente a controllare e a registrare su apposito modulo le temperature degli apparecchi refrigeranti

b) Monitoraggio scorte farmaceutiche L'infermiere della struttura, avrà cura di tenere sotto controllo le scorte dei farmaci e di attivare le procedure per il loro approvvigionamento, come descritto nel paragrafo 6.7.2

c) Verifica scadenza farmaci. L'infermiere della struttura, a cadenza mensile avrà cura di verificare e di annotare su apposito registro o modulo, Mod. VSF (*verifica Scadenza Farmaci*), la data di scadenza dei farmaci.

Il controllo della data scadenza dei farmaci in gocce (es. colliri, sciroppi etc.) e la relativa annotazione, viene effettuato con cadenza settimanale.

I farmaci scaduti verranno conferiti dall'infermiere in appositi contenitori per rifiuti speciali, ubicati nel locale infermeria/medicheria, forniti dalla ditta autorizzata per lo smaltimento di detti rifiuti, che provvederà al loro ritiro alle date convenute contrattualmente e al loro smaltimento nelle modalità previste dalle normative vigenti.

L'infermiere della struttura è inoltre tenuto alla compilazione dei **Moduli SFM Scorta Farmaci Minore** in cui sono riportati i farmaci avanzati dalle terapie assunte dal paziente in questione e il modulo **SFS Scorta Farmaci Struttura** derivante da tutti i farmaci avanzati dalle terapie dei pazienti dimessi e donati dai genitori/tutori attraverso il modulo **MDF Modulo Donazione Farmaci**, che gli viene richiesto di firmare al momento delle dimissioni del figlio/assistito.

6.7.11 Delega di presa in carico sanitaria rilasciata alla struttura riabilitativa dal servizio inviante per la continuità di trattamento farmacologico

Al fine di garantire la continuità di trattamento farmacologico del paziente, il servizio sanitario inviante, nei giorni immediatamente antecedenti al suo ingresso nella struttura riabilitativa, provvede a trasmettere documento di delega con cui trasferisce alla struttura sanitaria la presa in carico del paziente trasferendo ad essa le competenze sanitarie e terapeutiche per tutta la durata del percorso riabilitativo e con cui delega il medico della struttura ad effettuare le modifiche delle terapie farmacologiche secondo le condizioni cliniche del paziente nonché a disporre per esso la richiesta di eventuali esami clinici ritenuti necessari che la struttura riabilitativa avrà cura di far effettuare presso presidi e/o laboratori diagnostici esterni.

In merito all'osservanza della raccomandazione ministeriale n. 17 (Riconciliazione farmacologica) si rimanda alla specifica procedura del sistema Gestione Rischio Clinico

6.8 Sistema di Reporting e Learning Req. 5.1.COM.8

L'utilizzo e la gestione di strumenti di identificazione, analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico, coerenti con gli indirizzi aziendali del sistema qualità e sicurezza, sono diffusamente illustrati nella **specifico procedura del complessivo SISTEMA GESTIONE RISCHIO CLINICO** a cui pertanto si rimanda

6.9 Monitoraggio degli esiti Req. 5.1.COM.9 e Piano di Miglioramento Req. 5.1.COM.11 e Req. 1.2.AZ.1

E' garantito il monitoraggio degli esiti e la discussione, tra tutti gli operatori, su base almeno annuale dei dati inerenti a scompensi clinici, complicanze, eventi avversi e altri indicatori ritenuti rilevanti, e l'individuazione di eventuali azioni di miglioramento.

Il suddetto monitoraggio e la redazione dei relativi report annuali, sono condotti dal Referente del Rischio Clinico. Della restituzione del monitoraggio e della relativa discussione dovrà obbligatoriamente essere redatto relativo Verbale.

La redazione di un piano di azioni di miglioramento, elaborato sulla base delle informazioni disponibili derivanti dal sistema di Reporting e Learning, dalle Schede di Incident Reporting, dalla valutazione degli esiti, dalla valutazione dei protocolli e delle procedure applicate nonché da altre fonti quali Reclami dei Clienti, Questionari di soddisfazione, indice di ritenzione dell'utenza etc, impongono che le figure operanti nella struttura Sanitaria quali: Direttore Sanitario, Facilitatori del Sistema Rischio Clinico, Coordinatore, educatori e OSS, collaborino, con il Referente del Rischio Clinico e con le figure afferenti all'area trasversale dei sistemi di gestione integrata (Responsabile Sistemi Gestione e Qualità (RSGQ) e Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP), al fine di garantire l'osservanza del sistema nel suo complesso, ai requisiti cogenti previsti dalla normativa regionale in materia di accreditamento sanitario (Legge 51/09 e suo regolamento attuativo n. 79/R/2016) e più nello specifico ai requisiti di cui al presente paragrafo.

6.10 Prevenzione comportamenti aggressivi e autolesionistici Req. 5.1.COM.12 e aggiornamento Req. Autorizz. Ago. 2020 del Reg. 79/R/2016, lista A punto A.24

Le indicazioni per l'applicazione di modalità volte alla prevenzione dei rischi di suicidio, dei comportamenti autolesionistici e dei comportamenti aggressivi nei confronti di altri pazienti o degli operatori, sono diffusamente illustrate nella **specifica procedura del complessivo SISTEMA GESTIONE RISCHIO CLINICO a cui pertanto si rimanda**

6.11 Comunicazione Difficile Req. 5.1.COM.13

La definizione, la conoscenza e l'applicazione delle modalità di gestione della comunicazione difficile a pazienti e familiari in merito ad eventi avversi, sono diffusamente illustrate nella **specifica procedura del complessivo SISTEMA GESTIONE RISCHIO CLINICO a cui pertanto si rimanda**

6.12 Continuità assistenziale al paziente Req 6.1. COM.2 e Continuità assistenziale del servizio in caso di urgenze o imprevisti Req. Aut. A.6

Le modalità per garantire la continuità assistenziale attraverso il corretto passaggio di consegne delle informazioni cliniche e assistenziali sono state illustrate al paragrafo 6.5 a cui pertanto si rimanda. Per l'illustrazione più pervasiva della gestione dell'Handover, si rimanda inoltre alla **specifica procedura del complessivo SISTEMA GESTIONE RISCHIO CLINICO**.

La continuità assistenziale ai pazienti è peraltro garantita di default, attraverso la copertura h24 della struttura da parte degli operatori dell'Equipe ad essa assegnata, come risulta dall'orario affisso nella bacheca della struttura.

In caso di emergenze, urgenze ed eventi imprevisti che potrebbero interferire o mettere a rischio il normale svolgimento del servizio la corretta assistenza ai pazienti, il personale della struttura è chiamato a contattare telefonicamente le varie figure referenti in base al tipo di urgenza o imprevisto verificatasi:

- Sanitaria Psichiatrica: Medico Neuropsichiatra della struttura
- Sanitaria non psichiatrica: Medico di base o Guardia Medica se l'evento si manifesta in fascia

oraria non coperta dal medico di base

- Organizzative: Coordinatore della struttura
- Strutturali/impiantistiche: Referente Manutenzioni

In caso di gravi emergenze che richiedano l'immediato intervento da parte di presidi pubblici di soccorso, l'operatore contatterà il numero di emergenza 112 (Pronto Soccorso, Vigili del Fuoco, Polizia di Stato, Carabinieri).

L'operatore provvederà contestualmente a dare comunicazione al coordinatore della struttura dell'evento verificatosi e delle relative misure adottate. Quest'ultimo provvederà ad informare il Responsabile di Area e il Direttore Sanitario.

L'operatore è altresì tenuto ad annotare su apposito registro l'evento verificatosi, il/i referenti (o i presidi di soccorso) contattati, il relativo orario in cui l'evento si è manifestato e tutte le misure e azioni intraprese a riguardo.

I numeri telefonici delle figure referenti e dei presidi pubblico e di soccorso essere affissi nella struttura, **in luogo facilmente e immediatamente visibile**.

6.13 Identificazione del paziente **Req. 5.1.COM.5 e Req Autor A.10**

Le interazioni, le relazioni ed i rapporti (sia formali che informali) intercorrenti tra i pazienti l'Equipe della struttura sanitaria, sono assidue, quotidiane e prolungate nel tempo, essendo il modello residenziale del percorso declinato nelle modalità della comunità terapeutica. Oltre all'assistenza rivolta ai pazienti nell'ambito dei trattamenti erogati, il personale condivide infatti costantemente con essi, costanti momenti di quotidianità, quali consumazione dei pasti, attività domestiche all'interno della struttura, attività ludico-espressive, attività culturali etc. Tale peculiare modello consente di ridurre ai minimi termini i rischi di una eventuale non corretta identificazione del paziente da parte del personale. Come più dettagliatamente descritto nella complessiva procedura per la gestione del Rischio Clinico, a cui pertanto si rimanda, all'interno della struttura riabilitativa un possibile aumento di tale tipo di rischio si può manifestare sostanzialmente nel momento dell'inserimento di un nuovo paziente nella struttura o nell'eventualità di personale neo-assunto o ancora nei periodi estivi in cui nella struttura può essere presente personale in sostituzione di quello in ferie. Per quanto in queste circostanze il rischio permanga a livelli bassi, esso è comunque tale da essere oggetto di attenzione da parte della struttura sanitaria, segnatamente per quanto concerne l'assistenza al paziente nel momento della auto-somministrazione dei farmaci, da parte di personale neo assunto o anch'esso in sostituzione di altri colleghi. In tali casi il personale in turno, specialmente se non conosce ancora bene i pazienti, prima di mettere a loro disposizione le terapie farmacologiche predisposte dall'infermiere del centro, dovrà procedere alla loro identificazione chiedendo nome e cognome e verificando insieme ad essi, le informazioni contenute nella STU.

6.14 Organizzazione delle attività quotidiane dei pazienti

L'organizzazione delle attività quotidiane degli utenti è gestita attraverso riunioni periodiche – di norma settimanali - tra il Coordinatore della struttura, gli operatori ivi assegnati e gli utenti, al fine di definire la programmazione delle attività erogoterapiche quotidiane da distribuire all'interno del

gruppo degli utenti medesimi (cura di sé/dell'ambiente, gestione del tempo libero, laboratori e attività ludico-espressive etc.) Tale distribuzione avviene garantendo un costante avvicendamento delle attività ergo terapeutiche tra gli ospiti della struttura tenendo comunque sempre conto della congruenza di tali attività con le condizioni psico-fisiche ed i trattamenti ad essi erogati.

E' responsabilità del Coordinatore verificare la corretta erogazione e il corretto espletamento delle attività quotidiane degli utenti.

6.15 Trasporto Pazienti Req 7.1.COM.1

Il trasporto dei pazienti inseriti nella struttura si riferisce esclusivamente a occasioni di spostamento dei pazienti stessi con automezzi aziendali, qualora e al solo fine di accompagnarli:

- a) presso presidi medici per eventuali visite del medico di famiglia o di medici specialisti (odontoiatra, dermatologo, etc.) ovvero presso laboratori o presidi diagnostici per esami ematici o altre tipologie di indagini (Rx, Ecografia etc.)
- b) presso uffici pubblici per disbrigo pratiche amministrative
- c) presso UEPE per eventuali procedimenti o misure giudiziarie in corso
- d) presso l'UFSMIA per eventuali incontri o visite
- e) presso le sedi scolastiche per seguire le lezioni
- f) presso visite a casa quando i familiari non sono disponibili
- g) presso palestre, piscine, impianti sportivi per attività motoria
- h) presso itinerari vari in occasione di escursioni e visite guidate nell'ambito delle composite attività di tipo formativo, culturale, esperienziale e ludico-espressivo;
- i) altra eventuale destinazione presso cui il paziente deve recarsi in base ad esigenze sanitarie o non sanitarie

Non sono contemplate in alcun modo forme di trasporto per emergenze sanitarie per le quali la struttura è tenuta a chiedere l'intervento del servizio pubblico 112.

Stante la natura aspecifica degli spostamenti sopra elencati, la disciplina per il trasporto degli ospiti è assimilabile al mero accompagnamento non sanitario di passeggeri ed è pertanto soggetta agli obblighi standard valevoli per la normale mobilità stradale. (codice stradale) A tale riguardo viene verificato e garantito che l'accompagnatore guidatore sia regolarmente dotato di conforme patente di guida in corso di validità e che le autovetture aziendali siano oggetto di costanti e sistematici interventi di manutenzione nonché in regola con le periodiche revisioni previste dalla Legge.

6.16 Interruzione volontaria dei Trattamenti Riabilitativi da parte del paziente e genitori/tutori

Nel caso i genitori si presentino in struttura a prelevare il minore per abbandonare il percorso terapeutico, senza consentire alla struttura di gestire l'interruzione dei trattamenti in modo organizzato vengono adottate le seguenti misure:

- a) Comunicazione immediata al coordinatore della struttura che provvederà ad avvertire Direttore Sanitario e Responsabile di Area (qualora il coordinatore non sia reperibile gli operatori contatteranno direttamente il direttore sanitario o il responsabile di Area)

- b) Comunicazione immediata ai servizi invianti
- c) Comunicazione immediata al medico della struttura
- d) **Mod. IVP – Interruzione volontaria percorso riabilitativo:** Il personale della struttura, al momento dell'uscita del paziente, deve far sottoscrivere ai genitori o chi ne eserciti patria potestà apposito **modulo – Mod. IVP, - Interruzione Volontaria Percorso Riabilitativo**, con cui gli stessi dichiarino di assumersi ogni responsabilità per le conseguenze derivanti da tale interruzione volontaria, affrancandone il personale della struttura e la Cooperativa. Con lo stesso modulo essi dovranno inoltre dichiarare l'avvenuta riconsegna/ritiro dei propri beni, oggetti ed effetti personali depositati presso la struttura, con espressa manleva verso questa stessa e verso la Cooperativa per eventuali furti o danneggiamenti che dovessero occorrere ai beni deliberatamente non ritirati ovvero dimenticati al momento dell'uscita.

Nel caso in cui al momento dell'uscita non vengano ritirati tutti i beni del paziente, come indicato nel modulo stesso, i genitori (o chi ne esercita la patria potestà) deve provvederne al ritiro, di norma entro 30 giorni, personalmente o attraverso persona loro delegata o comunque con modalità che dovrà concordare con la struttura. Decorso il tempo massimo stabilito, la struttura avrà la facoltà di provvedere allo smaltimento dei beni stessi. L'assenso a tale procedura da parte del paziente/genitori/tutori è anch'essa contemplata nel modulo di cui sopra.

- e) Riconsegna di denaro, bancomat, carta di credito o fondo personale eventualmente depositato presso la struttura. Qualora il fondo personale dell'utente non sia conservato presso la struttura ma presso il sistema amministrativo dell'Ente, esso verrà restituito direttamente dagli uffici amministrativi in orario di apertura degli stessi e previo accordo con il depositante. In questo caso non è consentito agli operatori di fornire denaro prelevato dal fondo spese assegnato alla sede. L'operatore provvederà quindi ad informare i genitori che per rientrare in possesso dell'eventuale proprio fondo personale, dovranno attendere l'apertura degli uffici amministrativi e concordare con essi data e orario di riconsegna del fondo personale.
- f) Consegna della terapia farmacologica personale
- g) In caso di presenza di un solo genitore dovrà essere contattato ed avvisato altro genitore se con affidamento congiunto. In caso di impossibilità di reperire altro genitore o in caso di disaccordo di uno dei due sull'uscita del minore dal percorso terapeutico riabilitativo verranno contattate le forze dell'ordine.
- h) In caso di minore con provvedimenti giudiziari dovranno essere avvertite le forze dell'ordine e data immediata comunicazione al Tribunale Minorile.

6.17 Fuga e Scomparsa

In caso di scomparsa e irreperibilità dell'minore dal centro, trascorsi al massimo 30 minuti senza che esso ritorni o venga rintracciato, l'operatore in turno provvede, nel seguente ordine:

- a) a darne comunicazione al coordinatore della struttura che a sua volta ne informerà il Responsabile di Programma. Qualora il coordinatore non fosse raggiungibile, l'operatore in turno provvederà egli stesso a dare la comunicazione al Responsabile di Programma.
- b) a darne segnalazione al medico neuropsichiatra della struttura
- c) a darne segnalazione ai genitori/tutori Quando possibile (ovvero se c'è più di un operatore in turno e gli altri ospiti non presentano situazioni di urgenza o di forte malessere) gli operatori di Comunità possono iniziare la ricerca del minore.

- d) Quando possibile (ovvero se c'è più di un operatore in turno e gli altri ospiti non presentano situazioni di urgenza o di forte malessere) gli operatori di Comunità possono iniziare la ricerca del minore.

Entro un'ora dalla scomparsa:

- e) darne segnalazione alle forze dell'ordine
- f) ai servizi invianti, compatibilmente con l'orario di apertura degli stessi
- g) ad annotare sul diario clinico giornaliero le segnalazioni effettuate, il relativo orario in cui esse sono state effettuate e, anche in forma sintetica, le informazioni ricevute.

In caso di scomparsa di un minore con provvedimenti giudiziari le forze dell'ordine devono essere avvertite immediatamente così come il Tribunale dei Minori ed il Servizio Inviante e il Servizio Sociale. In questo caso l'operatore nel segnalare alle forze dell'Ordine la sparizione dell'utente dovrà aver cura di comunicare alle stesse (Carabinieri o Polizia) la natura del provvedimento giuridico applicato all'utente.

Le procedure riguardo alla scomparsa/fuga e possibile reinserimento del minore in struttura sono descritte nella **specifica procedura URGENZE CLINICHE**.

6.18 Allontanamento del paziente disposto dalla struttura riabilitativa

In caso si rilevi la necessità di dover disporre un allontanamento del minore dalla struttura, quando non è più possibile rendere esecutivo il progetto terapeutico o ci sono situazioni oggettive ostative alla permanenza del minore in comunità, tale allontanamento dovrà essere concordato con il servizio inviante e da questo stesso espressamente autorizzato. Idem per quanto concerne l'eventuale necessità di ricovero ospedaliero, in tal caso il coordinatore e la neuropsichiatra della comunità previo confronto con i servizi invianti contatterà i servizi di diagnosi e cura per minori in modo da effettuare in tempi brevi il ricovero.

6.19 Educazione sanitaria al paziente finalizzata alla buona gestione Delle dimissioni Req. 4.1.COM .2

La struttura sanitaria attiva specifici momenti di educazione e informazione, rivolta ai pazienti al fine di condividere con essi la preparazione all'uscita dal percorso riabilitativo e garantire pertanto una buona gestione delle dimissioni e dell'eventuale follow-up che verrà attivato.

Detti interventi educativi formativo-informativi vengono effettuati soprattutto nelle fasi finali o comunque nelle fasi più avanzate del trattamento riabilitativo. In queste fasi viene peraltro di norma intensificata la frequenza dei "permessi terapeutici", momenti programmati di temporanea assenza del/della paziente dalla struttura riabilitativa in cui, nel contesto territoriale di provenienza e pertanto al di fuori della struttura protetta della comunità terapeutica, viene valutata non solo la sua risposta ai trattamenti riabilitativi ma anche l'efficacia delle azioni di educazione sanitaria poste in essere propedeuticamente alla fase di dimissione. Dette verifiche esterne alla struttura costituiscono quindi un importante e fondamentale strumento ausiliario agli interventi di educazione verso il /la paziente, finalizzati alla gestione della sua uscita definitiva dal percorso

riabilitativo. Detti interventi sono annotati nella sezione E del PTI, relativa alla conclusione del programma di trattamento.

6.20 Dimissioni del paziente Req.3.1 COM.2

Al momento dell'uscita del paziente dalla struttura riabilitativa, questa provvede a fornire allo stesso e ai genitori/tutori, indicazioni e informazioni chiare, con particolare riguardo agli aspetti che deve maggiormente tenere sotto controllo una volta rientrato al proprio domicilio **Req.4.1 COM.3** nonché a rilasciargli **Req.3.1 COM.2** una **lettera di dimissioni (Mod. LDD – Lettera di dimissioni)** che verrà trasmessa in copia per conoscenza anche al servizio/i pubblici invianti entro sette giorni dalla chiusura del percorso riabilitativo.

Nella lettera di dimissioni dovrà essere illustrata una sintesi del decorso clinico del paziente dal momento dell'ingresso al momento della sua uscita dal percorso terapeutico nonché dei trattamenti riabilitativi erogati. Dovranno inoltre essere contenute informazioni relative a:

- condizioni cliniche alla dimissione
- indicazioni terapeutiche e/o educative e/o riabilitative sulle azioni da intraprendere una volta che il paziente ha fatto ritorno al proprio domicilio
- eventuali prescrizioni farmacologiche da parte del medico neuropsichiatra della struttura, finalizzate ad una corretta riconciliazione terapeutica
- progetto individuale post-fase riabilitativa

A corredo della lettera di dimissioni e tramite apposita modulistica la struttura provvederà a raccogliere la dichiarazione del paziente e dei genitori/tutori che **la fase di dimissione è stata con esso/essa condivisa e che le indicazioni circa gli aspetti da tenere sotto controllo una volta fatto ritorno al proprio domicilio, sono state chiare, esaustive e rilasciate per iscritto attraverso lettera di dimissioni. Mod DAD Dichiarazione alle Dimissioni.**

6.21 Richiesta di dimissioni

Nel caso in cui venga valutata da parte dell'equipe la non opportunità alla prosecuzione del programma terapeutico residenziale, con adeguata motivazione il coordinatore provvederà a segnalare al servizio inviante e al Direttore dell'UFSMIA tale valutazione al fine di poter individuare adeguato percorso alternativo.

La dimissione del paziente dalla struttura terapeutica riabilitativa va sempre concordata con il servizio inviante che provvederà ad inviare per iscritto la chiusura del progetto terapeutico in atto.

6.22 Inserimento dei pazienti in percorsi sperimentali di ricerca e studio clinico

L'eventuale attivazione di nuovi percorsi sperimentali di ricerca e di studi clinici che coinvolgano i pazienti in trattamento presso le strutture riabilitative, dovrà essere oggetto di preventiva autorizzazione dell'Organo Amministrativo della Cooperativa.

L'inserimento del paziente in percorsi sperimentali di ricerca e studio clinico dovrà essere

autorizzato dai genitori/tutoria cui la struttura fornirà le dovute informazioni relative alle modalità di conduzione dello studio/ricerca, alle sue finalità e alle modalità di restituzione dei risultati.

Il trattamento dei dati riferiti all'inserimento dei pazienti in percorsi sperimentali di ricerca e di studio clinico è oggetto di acquisizione di consenso informato all'interno dell'informativa privacy descritta al Capitolo 8.

7. Condivisione del percorso di cura **Req. 4.COM.1**

A garanzia della partecipazione dei cittadini, la struttura adotta **modalità codificate di condivisione del percorso con i pazienti e, previo assenso degli stessi, con i familiari e/o le figure di riferimento.**

Il paziente è infatti costantemente informato/a e attivamente coinvolto/a nel proprio percorso riabilitativo, sin dal primo momento di presa in carico.

Sia durante la fase di prima valutazione, approfondimento diagnostico ed individuazione degli obiettivi iniziali del trattamento, gestita dal Servizio di Valutazione Ingresso e propedeutica all'inserimento nella struttura riabilitativa, sia durante il trattamento presso la struttura stessa, l'utenza è resa consapevole e partecipe degli obiettivi del percorso riabilitativo intrapreso presso la struttura sanitaria. I pazienti vengono infatti coinvolti nella definizione del proprio progetto terapeutico individuale e dei relativi obiettivi a breve – medio e lungo termine. Essi sono peraltro informati e resi ampiamente partecipi rispetto al monitoraggio delle proprie condizioni cliniche e alle valutazioni periodiche che la struttura pone in essere per tutta la durata del percorso riabilitativo.

I pazienti ricevono informazioni adeguate sulle proprie condizioni di salute.

7.1 Assegnazione ai pazienti di operatori e figure sanitarie di Riferimento **Req. 2.1 COM.1**

Alla struttura riabilitativa è espressamente e formalmente assegnato uno specifico medico neuropsichiatra e uno specifico infermiere professionale. Dette figure sono pertanto chiaramente identificabili dai pazienti in trattamento e rappresentano figure di riferimento per gli stessi. Ad ogni paziente è inoltre assegnato uno specifico educatore di riferimento, individuato di norma nei giorni immediatamente successivi al suo ingresso nel percorso riabilitativo come descritto nel paragrafo 6.2 (*Gestione e Politica dell'accoglienza*)

7.2 Riservatezza dei colloqui **Req. 4.1.COM. 5**

I colloqui tra il personale della struttura sanitaria e i pazienti, in riferimento al suo stato di salute e all'andamento del percorso riabilitativo devono svolgersi nel rispetto della riservatezza. Il personale della struttura dovrà quindi adottare, modalità volte a garantire che detti colloqui si svolgano nel pieno rispetto della riservatezza.

7.3 Adeguatezza delle informazioni e delle comunicazioni al paziente sulla propria salute **Req. 4.1.COM.4 e **Req. 4.1.COM.6****

Il personale operante nella struttura deve adottare un linguaggio adeguato ad informare il paziente circa le proprie condizioni di salute, l'andamento del percorso riabilitativo e le proprie terapie. In tal senso nella struttura è necessario che il personale sanitario e il personale che assiste il paziente durante l'intero percorso riabilitativo, adotti un linguaggio comprensibile con il paziente stesso e con i suoi familiari, assicurandosi che le informazioni fornite e le risposte alle domande poste siano state correttamente comprese e che esse siano coerenti tra i vari operatori che le forniscono. L'adeguatezza comunicativa costituisce un importante elemento affinché il paziente partecipi in modo attivo, consapevole e motivato al proprio percorso di cure.

7.4 Valutazione da parte dei pazienti: Percezione della qualità delle cure e del globale servizio erogato **Req. 4.1.COM. 7**

Ai fini di migliorare le modalità di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti al proprio percorso di cura è fondamentale verificare l'efficacia delle misure e delle azioni poste in essere a riguardo. A tale scopo e al fine di verificare la percezione dei pazienti in merito a:

- Condivisione del percorso di cura
- Adeguatezza delle informazioni fornite ai pazienti e del linguaggio utilizzato
- Riservatezza dei colloqui
- Percezione della qualità del servizio, delle cure e dei trattamenti erogati

La struttura adotta i seguenti strumenti di indagine da somministrare ai minori e ai genitori/tutori:

- Questionario Soddisfazione Genitori/Tutori.
- Questionario Soddisfazione Minori.

7.5 Gestione richieste dei pazienti in merito al deposito di propri beni, strumenti e attrezzature di valore nella struttura sanitaria

Fermo restando quanto già descritto al Paragrafo 5.2.2 in merito alla raccolta, ~~da parte dello SVO,~~ dell'attestazione di presa in custodia da parte della struttura di beni, oggetti ed effetti personali del paziente al momento dell'ingresso (es. telefono cellulare, bancomat, carte di credito, piccole somme di denaro etc.) , nel corso del trattamento riabilitativo la struttura può valutare l'opportunità, ai fini di una maggiore adesione, motivazione e coinvolgimento dei pazienti al proprio percorso di cura, di accogliere eventuali loro istanze ad introdurre e depositare presso la struttura stessa, oggetti ed attrezzature di valore da utilizzare nel tempo libero (es. strumenti musicali, apparecchiature elettroniche etc.)

In questi casi il paziente deve sottoscrivere manleva a favore della struttura e della Cooperativa circa eventuali furti o danneggiamenti che potrebbero occorrere a detti beni di valore e, verificato il rilascio di tale manleva, deve provvedere ad autorizzare il paziente a depositare presso la

struttura i beni stessi.

La manleva viene rilasciata dai pazienti attraverso sottoscrizione dell'apposito Modulo **Mod MBP – Manleva Beni Personali** e il Coordinatore, richiamando la manleva sottoscritta dal paziente interessato, rilascerà la conseguente autorizzazione all'introduzione nella struttura di comunità terapeutica del bene/beni di sua proprietà, attraverso l'utilizzo del Mod. **ADB – Autorizzazione Deposito Beni**.

Resta inteso che l'utilizzo dei beni, delle attrezzature e/o strumenti in oggetto sarà regolamentato dalla struttura.

8. Privacy - Trattamento e Sicurezza dei dati personali

Tutto il personale è tenuto alla riservatezza dei dati personali a cui ha accesso nello svolgimento delle proprie funzioni e alla stretta osservanza degli adempimenti prescritti dalla normativa in materia di Privacy (Regolamento Europeo GDPR – UE 679/2016 e DL 196/03 così come modificato dal DL 101/18).

In tal senso il personale dipendente della struttura riabilitativa e dei servizi di supporto che, a vario titolo avrà accesso ai dati personali dei pazienti inseriti nei trattamenti riabilitativi erogati dalla Cooperativa, viene formalmente Incaricato da questa stessa, nella sua qualità di "Responsabile del Trattamento dati Personali" così nominata dal Titolare de Trattamento l'Azienda USL Toscana Centro, al trattamento dei dati personali che dovranno essere pertanto gestiti nelle modalità impartite, in ossequio alla normativa vigente.

Parimenti, il personale con contratto autonomo che, a vario titolo, avrà accesso ai dati personali dei/delle pazienti inseriti nei percorsi riabilitativi erogati dalla Cooperativa, verrà nominato in qualità di Sub-Responsabile Esterno del trattamento dei dati personali e sarà tenuto all'osservanza delle prescrizioni normative del Regolamento Europeo sopra citato.

Le lettere di "Incaricato al Trattamento dei Dati Personali" rivolte al personale dipendente nonché le lettere di nomina a "Sub-Responsabile Esterno del Trattamento dei Dati Personali", rivolte al personale con contratto autonomo, riporteranno unitamente alla tipologia dei dati personali a cui le varie figure avranno accesso nello svolgimento delle proprie mansioni o del proprio incarico professionale, anche le banche dati (cartacee ed elettroniche) messe a disposizione dal Responsabile al Trattamento dei Dati Personali, la Cooperativa, a cui - incaricati e sub-responsabili esterni - potranno accedere.

Eventuali non conformità rilevate nel trattamento dei dati personali o eventuali rilievi/reclami provenienti dall'utenza a riguardo, dovranno essere tempestivamente comunicate al RSGQ all'indirizzo di posta elettronica: martina.macciocchi@incontro.coop affinché attivi, in osservanza alla normativa in materia di privacy, le previste procedure di segnalazione al DPO (*Data Protection Officer*), consulente esterno nominato dalla Titolare Cooperativa, come previsto dalla vigente normativa in materia.

9. Risorse Umane: Equipe - Ruoli e responsabilità – Profili

Professionali **Req. Autorizz. A.1**

La struttura e il personale ivi operante, erogano il servizio riabilitativo, nel pieno rispetto della dignità, dei bisogni e della cultura dei pazienti, astenendosi da qualsiasi forma di discriminazione e vessazione e garantendo ad essi il rispetto della piena volontarietà a sottoporsi alle cure e a permanere presso la struttura riabilitativa. Non è pertanto ammessa in tal senso nessuna forma di coercizione e costrizione nei loro confronti.

Il personale della struttura dovrà altresì operare nel criterio della riservatezza e del rispetto delle norme in materia di privacy, conformemente all'informativa relativa al trattamento dati personali fornita ai pazienti al momento dell'ingresso nonché nella lettera di incarico (se personale dipendente) o nella lettera di nomina a Responsabile Esterno (se personale con contratto autonomo) trasmessa ai propri addetti dalla Cooperativa nella sua qualità di Titolare del Trattamento dei dati personali. Il personale della struttura è inoltre obbligato all'osservanza dei regolamenti, delle procedure e dei protocolli terapeutici, della Carta Etica e del Codice Deontologico adottati dall'Organizzazione nonché delle deliberazioni assunte dal Consiglio di Amministrazione della Cooperativa, Ente gestore della struttura riabilitativa stessa.

I ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente e delle necessarie competenze, anche in relazione alla tipologia e ai volumi di attività, facendo riferimento alla normativa regionale in materia e agli standard da questa previsti.

La struttura garantisce la dotazione quali – quantitativa, funzionale, organizzativa e di presenza del personale in conformità ai requisiti normativamente previsti.

Il personale della struttura è tenuto all'osservanza dell'orario di servizio stabilito e delle modalità di eventuale turnazione, definiti sulla base delle esigenze del servizio e al fine di garantirne il corretto svolgimento.

9.1 Personale sanitario e assistenziale

L'Equipe assegnata ed operante stabilmente nella struttura sanitaria riabilitativa è composta da:

- ✓ Direttore Sanitario
- ✓ Coordinatore della Comunità
- ✓ Neuropsichiatra infantile;
- ✓ Psicologo- Psicoterapeuta
- ✓ Infermieri Professionale
- ✓ Educatori professionali o Tecnici della riabilitazione psichiatrica;
- ✓ Operatori Socio Sanitari (O.S.S.)
- ✓ Atelierista/istruttore

Per ciascun profilo professionale è formulata e adottata una “Job Description” in cui sono definiti i ruoli, le mansioni/funzioni, le responsabilità nonché le figure e gli organismi a cui esso dovrà fare riferimento.

a) RESPONSABILE AREA MINORI

Il Responsabile dell'Area Minori sovrintende alla complessiva verifica del servizio, armonizzando questo stesso con le generali esigenze dell'Area Minori di cui il servizio fa parte.

Il Responsabile dell'Area ha la responsabilità, in prima persona, di organizzare i turni di lavoro del personale educativo e socio-sanitario e di dirimere questioni di carattere contrattuale con questo stesso. Egli provvede a firmare e ad autorizzare permessi e ferie del personale.

b) DIRETTORE SANITARIO

Il Direttore Sanitario ha la direzione complessiva delle attività erogate dalla struttura al fine di assicurare la continuità ed il collegamento tra le diverse componenti professionali e, in particolare, tra le esigenze clinico assistenziali e quelle amministrativo gestionali. Il direttore collabora altresì, all'attuazione degli interventi previsti dal piano aziendale per la sicurezza del paziente e l'implementazione del sistema della qualità, garantisce mediante il coordinamento e il monitoraggio delle attività, la corretta conservazione della documentazione, il monitoraggio dei flussi informativi, essendo lui il responsabile, e la correttezza dei dati. Vigila sulla conduzione igienico-sanitaria. Il Direttore Sanitario deve intervenire, con delle prescrizioni secondo la normativa, in riferimento alle malattie infettive che si potranno presentare negli ospiti.

Le funzioni del Direttore Sanitario sono comunque definite normativamente dal Regolamento Regione Toscana n. 79/R/2016 che rappresenta il regolamento attuativo della R.R.T. n. 51/09 a cui si rimanda.

c) COORDINATORE

Il Coordinatore della struttura rappresenta profilo cruciale della struttura stessa. Egli ha la diretta responsabilità in prima persona dell'organizzazione di tutte le attività di tipo clinico, educativo e riabilitativo erogate nella struttura.

Coordina le attività relative ai Progetti Terapeutici Individuali (PTI) e garantisce la completezza e riservatezza di tutta la documentazione relativa al percorso degli ospiti. Egli rappresenta un punto di riferimento organizzativo e di sostegno per l'equipe configurandosi come presenza stabile all'interno della struttura.

Il coordinatore rappresenta inoltre la Struttura verso l'esterno, esercitando funzioni di raccordo e mediazione tra struttura e Servizi invianti e tra struttura e apparati burocratico-amministrativi degli stessi. Egli cura inoltre i rapporti con eventuali curatori o tutori legali del minore,

Il coordinatore è chiamato a collaborare attivamente con il RSGQ nell'effettuazione del controllo Qualità e miglioramento continuo interno del Servizio.

Nell'esercizio delle attività svolte in prima persona il Coordinatore espleta le seguenti funzioni:

c.1 Attività con il minore:

- svolge colloqui individuali e di gruppo con i minori;
- in accordo con il servizio inviante organizza rientri in famiglia nei giorni e negli orari stabiliti;
- verifica l'andamento degli inserimenti;
- verifica con il minore l'andamento scolastico;
- promuove la partecipazione del minore ai contesti di socializzazione presenti sul territorio, verificando con lo stesso il gradimento delle attività individuali sportive e/o ludico/ricreative e/o espressive nelle quali è inserito;

c.2 Attività con l'equipe:

- cura l'inserimento e la formazione in *itinere* dei nuovi educatori (e dei volontari, tirocinanti, operatori del servizio civile) all'interno della struttura;
- affianca il personale educativo nella turnazione;
- effettua il monitoraggio delle attività del personale impiegato e ne verifica l'adeguatezza con quanto richiesto e previsto dalla Committenza;
- coordina e gestisce la riunione settimanale di equipe, facilitando la comunicazione/relazione all'interno del gruppo di lavoro;
- individua e promuove momenti formativi e di approfondimento per il personale impiegato;
- garantisce un riferimento costante sulle 24 ore giorni feriali e festivi per l'intervento diretto e/o consultazione a fronte di criticità ed emergenze;
- presenta i nuovi ingressi all'equipe e predispone le modalità di accoglienza del minore;
- condivide e verifica con l'equipe le linee di intervento terapeutico riabilitativo ed educativo
- verifica la coerenza delle azioni educative e riabilitative con gli obiettivi previsti nel PTI di ciascun minore;
- collabora con il Servizio inviante alla stesura delle relazioni di aggiornamento dei PTI
- organizza e partecipa allo spazio di supervisione mensile;
- garantisce la formulazione, l'aggiornamento e la verifica dei PTI e la corretta compilazione degli strumenti di documentazione sulla base delle relazioni – informazioni fornitegli dagli educatori e delle osservazioni ricavate dalla propria attività.

c.3 Attività con le famiglie

- in accordo con il Servizio inviante contribuisce a facilitare la comunicazione ed i rapporti fra il minore e la sua famiglia di origine;
- svolge la funzione di accompagnamento del minore agli incontri protetti nei luoghi preposti;
- garantisce una tempestiva informazione ai Servizi, di qualsiasi trasgressione agli accordi stabiliti commessa dai familiari;
- garantisce una tempestiva informazione ai Servizi di qualsiasi trasgressione riguardante ordinanze e decreti del Tribunale dei Minori;
- organizza il rientro in famiglia del minore su decisione dei Servizi.

Oltre alle funzioni dirette e alla responsabilità di tutte le attività riabilitative, il Coordinatore è responsabile anche della complessiva organizzazione delle varie attività quotidiane di routine, siano esse quelle che coinvolgono il minore, siano esse quelle pertinenti alla struttura e alle attività di assistenza alberghiera. Tale responsabilità viene esercitata dal coordinatore attraverso la costante supervisione dell'organizzazione, pianificazione e gestione delle attività quotidiane del servizio e delle esigenze della struttura effettuate dal personale educativo o socio-sanitario di cui si avvale operativamente – conferendo ad esso espressa delega a riguardo, come sotto evidenziato:

c.4 Per le attività quotidiane e gli aspetti giornalieri che coinvolgono il minore (attività pedagogico-riabilitativa, educazione alla salute, promozione sano stile di vita, promozione autonomie personali, attività occupazionali ed espressive, coinvolgimento e sostegno alla famiglia, fondo cassa personale del minore, gestione documenti del minori, disbrigo di funzioni

burocratiche a favore del minore, rilevazione presenze, spostamenti del minore, corretta compilazione aggiornamento PTI e trasmissione relazioni periodiche a servizi invianti, rapporti con gli uffici amministrativi etc.), il coordinatore conferisce delega operativa, di pianificazione, organizzazione, gestione e responsabilità – anche con criterio di rotazione - agli educatori professionali o tecnici della riabilitazione psichiatrica.

c.5 Per le attività quotidiane e gli aspetti giornalieri che coinvolgono la struttura (approvvigionamenti, servizio pulizie locali, servizio ristorazione, servizio lavanderia-guardaroba, rilevazione esigenze manutentive della struttura etc.) il coordinatore conferisce delega operativa, di pianificazione, organizzazione, gestione e responsabilità - anche con criterio di rotazione - agli operatori socio-sanitari

Rimanendo comunque il Coordinatore il Responsabile dei complessivi processi di erogazione del servizio, a cui deve rispondere, egli è chiamato ad effettuare sistematica verifica circa l'appropriatezza e la congruità di come le deleghe conferite al personale di cui sopra, vengono da questo esercitate.

c.6 Per le attività amministrative relative alla presenza dei pazienti nella struttura il

Coordinatore delega l'Educatore notturno a registrare e ad inserire il flusso delle presenze Giornaliere dei pazienti alla mezzanotte dello stesso giorno in forma elettronica.

Spetta al Coordinatore e, in sostituzione, al Responsabile di Area Minori e Salute Mentale la validazione e la verifica delle suddette presenze.

d) NEUROPSICHIATRA

Il Neuropsichiatra eroga in modo sistematico, prestazioni di assistenza psichiatrica a favore del minore, provvedendo ad eventuale istituzione e prescrizione di terapie farmacologiche su apposito modulo (STU) ed al relativo monitoraggio. Egli collabora con il Medico di medicina Generale per il monitoraggio clinico e farmacologico anche rispetto a prescrizioni effettuate da altri specialisti e per richiede la prescrizione di esami utili al monitoraggio farmacologico e che ritiene di volta in volta necessari.

Il Neuropsichiatra inoltre individua e promuove momenti formativi e di approfondimento per il personale impiegato, condivide e verifica con l'equipe le linee di intervento terapeutico riabilitativo ed educativo, collabora con il Servizio inviante alla stesura delle relazioni di aggiornamento dei PTI, organizza e partecipa allo spazio di supervisione mensile. Infine collabora strettamente con la Direzione Sanitaria per lo specifico di propria competenza e collabora attivamente con il RSGQ nell'effettuazione del controllo Qualità e miglioramento continuo interno del Servizio.

e) PSICOLOGO - PSICOTERAPEUTA

Svolge un ruolo fondamentale nell'assessment degli aspetti clinici, psicodinamici e nella formulazione e gestione del progetto riabilitativo. Svolge attività di supporto psicoterapeutico individuale sulla base delle esigenze terapeutiche del paziente individuate dall'équipe; svolge attività di psicoterapia settimanale di gruppo sempre in base ai bisogni e alla domanda di cura del gruppo dei pazienti in quel momento del percorso comunitario. Svolge colloqui periodici con le famiglie dei minori al fine sia di supportare e coinvolgerle nel percorso terapeutico sia di facilitare il reinserimento del minore nell'ambiente domestico. Lo Psicologo -Psicoterapeuta interagisce con l'equipe nel condividere il percorso dei ragazzi. Qualora opportuno o necessario lo psicologo potrà effettuare approfondimenti psicodiagnostici anche attraverso la somministrazione di test validati e adatti a rilevare specifiche aree della personalità.

f) INFERMIERE PROFESSIONALE

L'infermiere professionale svolge assistenza sanitaria infermieristica ed assiste il neuropsichiatra nel corso delle visite effettuate nei confronti del minore. Collabora strettamente con il Direttore Sanitario in tutte le sue mansioni e competenze.

E' responsabile della corretta tenuta dell'infermeria e della tenuta della documentazione medico-sanitaria degli ospiti, redige ed aggiorna la modulistica sanitaria prevista.

E' responsabile della redazione, aggiornamento, tenuta e conservazione dell'agenda delle visite e delle indagini diagnostiche a cui si sottopongono gli ospiti minori.

Cura i rapporti con il medico di base nelle cui liste è iscritto il minore.

E' responsabile della corretta tenuta, conservazione, approvvigionamento e verifica della scadenza dei farmaci nonché della predisposizione delle terapie farmacologiche individuali, in base alle prescrizioni effettuate dalle figure mediche di riferimento.

Eroga assistenza infermieristica al minore nel corso dell'assunzione, da parte di questo stesso, dei farmaci prescritti.

Collabora attivamente con il RSGQ nell'effettuazione del controllo Qualità e miglioramento continuo interno del Servizio.

EDUCATORE PROFESSIONALE / TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

Gli educatori professionali o i tecnici della riabilitazione psichiatrica fanno riferimento al Coordinatore. Essi esercitano la delega operativa conferitagli dal Coordinatore, a questo rispondendo del proprio operato, circa la pianificazione, organizzazione e gestione delle attività richiamate nel precedente paragrafo c.4.

Svolgono attività educativo-riabilitativa in turni articolati sulle 24 ore, comprensivi quindi delle fasce notturne. In base alle attività programmate saranno presenti in struttura dai 2 ai 3 educatori nelle fasce diurne ed almeno 1 (in co-presenza con un O.S.S.) nelle fasce notturne.

L'Educatore Professionale svolge la propria funzione sulla base dei bisogni socio-relazionali, di autonomia, ludico-ricreativi, scolastici e formativi del minore. Tale figura si muove contemporaneamente su più fronti: sul singolo minore, sul relativo nucleo familiare di origine, sul gruppo dei minori presenti nella comunità terapeutica, sulla comunità locale, sul territorio, e su altri soggetti/Enti coinvolti nel percorso del minore. Il proprio operato prevede attività frontali e non frontali.

L'attività frontale si esplica, principalmente, nella costruzione di una relazione stabile e significativa con il minore, finalizzata a promuovere potenzialità individuali, sia personali che relazionali nello stesso. Si occupa, inoltre, di promuovere l'integrazione del minore nella comunità locale e territoriale attraverso la predisposizione di attività specifiche in accordo con il servizio inviante. Espleta il proprio operato nei diversi momenti della giornata della vita in comunità favorendo nel minore l'acquisizione del senso di appartenenza e di responsabilità, l'interiorizzazione delle regole e dei limiti ed aiutandolo, quando necessario, nell'espressione dei propri vissuti emotivi e nel fronteggiare le situazioni critiche. Si pone come "lo ausiliario" esercitando la funzione di contenimento di stati emotivi difficilmente tollerabili per il minore. Sostiene il minore nella creazione di relazioni significative con i pari, e con le figure educative di riferimento, favorendo i processi di empatia e di ascolto attivo, incoraggiandone i processi di attaccamento al fine di "riparare e rielaborare" modelli intrapsichici e interpersonali che si presentano come disfunzionali e dolorosi.

L'attività non frontale prevede la partecipazione ed il lavoro all'interno dell'équipe, il confronto e lo scambio con il Coordinatore, il raccordo con gli enti, associazioni ed i professionisti pubblici/privati coinvolti nel percorso del minore. Tale attività, quindi, include il coinvolgimento diretto nell'integrazione e approfondimento degli obiettivi iniziali del PTI formulati dallo SVO nella fase propedeutica di valutazione e orientamento, nelle periodiche attività di verifica e valutazione sull'andamento del programma riabilitativo, nel conseguente aggiornamento del PTI, da presentare al Coordinatore che provvederà ad inviarlo all'esterno della comunità (servizi invianti, tribunale, servizi sociali, tutore, scuola...).

Partecipa alle riunioni settimanali dell'équipe, alla formazione obbligatoria e professionale programmata dalla Cooperativa e agli incontri di supervisione.

Insieme al Coordinatore collabora con il Responsabile Qualità per l'effettuazione del controllo Qualità e miglioramento continuo del Servizio.

f) OPERATORE SOCIO-SANITARIO (OSS)

Gli operatori socio-sanitari svolgono attività di assistenza alla persona e di accompagnamento/affiancamento dei minori nel corso delle varie attività occupazionali ed espressive. L'O.S.S. fa riferimento al Coordinatore e all'Educatore, e per gli aspetti strettamente medico psichiatrici e igienico – sanitari al Neuropsichiatra e all'Infermiere.

L'attività di assistenza alla persona svolta dal personale sociosanitario è organizzata con turnazione sulle 24 h. Nelle ore notturne è prevista sempre la presenza di 1 O.S.S. in affiancamento all'educatore professionale o al tecnico della riabilitazione psichiatrica.

L'Operatore Socio-Sanitario svolge funzione di accompagnamento e sostegno dei minori inseriti nella Comunità Terapeutica, con particolare attenzione allo sviluppo delle autonomie personali e domestiche, ma al contempo si impegna nella creazione di una relazione significativa, stabile e autentica con il minore, essendo presente nella maggioranza dei momenti importanti della vita quotidiana all'interno della Comunità.

L'attività frontale: L'O.S.S. svolge quindi il proprio lavoro in sinergia con quello dell'équipe, in un rapporto di collaborazione, di scambio e di reale integrazione, finalizzato al benessere del minore. E' presente nei momenti più significativi della giornata della Comunità Terapeutica, come il risveglio, la buonanotte, i pasti di cui provvede alla preparazione coinvolgendo i minori in tale attività poiché questa stessa rappresenta una delle attività educative volte a favorire la socialità del minore. In tal senso si precisa che gli O.S.S sono formati in materia di HACCP (attività complesse). Come già anticipato il suo ruolo professionale non si esaurisce nelle sole attività assistenziali. Esso si esplica infatti, sia sul piano emotivo che relazionale, aiutando il minore nell'espressione dei propri bisogni emotivi e interpersonali, favorendo in questo i processi di interiorizzazione delle regole e dei limiti della Comunità.

L'attività non frontale: affinché la funzione di questa figura professionale sia realmente adeguata, funzionale e integrata a quella dell'Educatore, è fondamentale la sua partecipazione alla riunione settimanale di équipe, nella quale poter raccogliere e dare informazioni utili alla messa in atto di azioni mirate al raggiungimento degli obiettivi stabiliti nel PTI. In aggiunta potrà condividere strategie, modalità e tempi di realizzazione di interventi educativi individualizzati.

Partecipa alle riunioni settimanali dell'équipe, alla formazione obbligatoria e professionale programmata dalla Cooperativa e agli incontri di supervisione.

Insieme al Coordinatore collabora con il Responsabile Qualità per l'effettuazione del controllo Qualità e miglioramento continuo del Servizio.

Esercita la delega operativa conferitagli dal Coordinatore, a questo rispondendo del proprio operato, circa la pianificazione, organizzazione e gestione delle attività richiamate nel precedente paragrafo b.5. Risponderà e collaborerà inoltre, per le rispettive competenze, all'Educatore, al Neuropsichiatra ed Infermiere.

g) ATELIERISTA/ISTRUTTORE ATTIVITA' LUDICO ESPRESSIVE E MOTORIE

L'atelierista / istruttore organizza le attività ludico-espressive dei minori, accompagnando gli stessi nello svolgimento delle varie attività di laboratorio, eventuali escursioni all'esterno e visite guidate legate alle attività espressive e motorie organizzate. Partecipa alle riunioni settimanali dell'équipe, alla formazione obbligatoria e professionale programmata dalla Cooperativa e agli incontri di supervisione. Risponderà e collaborerà, rispetto al proprio operato, al Coordinatore.

Al fine di consentire l'identificazione degli operatori e degli addetti, ivi compreso il personale in formazione nonché tirocinanti e operatori del servizio civile, detto personale sarà dotato di tesserino di riconoscimento personale, corredato di foto, nome e cognome, qualifica/ruolo svolto

9.2 Identificazione degli operatori della struttura Req. Autorizz. A.10

Le interazioni, le relazioni ed i rapporti intercorrenti tra l'Equipe degli operatori assegnati alla struttura ed i pazienti ivi inseriti, sono assidue, quotidiane e prolungate nel tempo. Ciò garantisce che la conoscenza – e pertanto l'immediata identificazione di ogni unità di personale dell'équipe nonché del ruolo svolto da ciascuna di essa – siano certi ed inequivocabili per tutti i pazienti che soggiornano presso la struttura, anche in considerazione che, al momento dell'ingresso e in fase di accoglienza di essi/e viene loro presentata l'équipe della struttura con i relativi ruoli svolti. Ciò è per altro desumibile dai pazienti/e anche attraverso l'organigramma affisso in struttura.

9.3 Inserimento personale neo assunto e neo trasferito Req. 2.1.COM 2

L'inserimento di personale di nuova acquisizione, sia esso neo assunto sia esso proveniente da servizi relativi ad altre aree operative o altre strutture, avviene in maniera guidata.

La tempistica prevista affinché tale inserimento sia da considerarsi completato è di circa 20 giorni durante i quali il personale di nuova acquisizione opera nella struttura con il supporto di una figura indicata dal coordinatore della struttura, che agisce nella guisa di un tutor e che facilita l'acquisizione di sempre maggiori autonomie da parte del neo assunto.

Per tutti i neo assunti o neo inseriti viene elaborato un piano di inserimento che prevede cinque fasi:

- Fase 1: accoglienza
- Fase 2: approccio iniziale
- Fase 3: capacità gestionale – operativa
- Fase 4: capacità organizzativa

- Fase 5: autonomia d'azione

a cui sono associati: obiettivi attesi, metodi e strumenti, tempistiche di realizzazione, feed back valutativo e autovalutativo.

Per la descrizione più esaustiva e dettagliata delle modalità di inserimento guidato di personale di nuova acquisizione all'interno della struttura si rimanda al **Mod PIP: Piano di Inserimento Personale**

9.4 Cura del personale

L'organizzazione competente per la struttura riabilitativa pone in essere le seguenti misure a tutela e a salvaguardia della salute e del benessere organizzativo del personale in essa operante:

9.4.1 Formazione e aggiornamento professionale

Il Direttore Sanitario con il supporto del Coordinatore di Struttura redige, a cadenza almeno biennale redige un piano di formazione/ aggiornamento professionale del personale.

Il piano dovrà tenere conto ed essere pertanto coerente con il soddisfacimento dei bisogni formativi rilevati a fronte di:

- a) Suggerimenti emersi dall'équipe in occasione di riunioni di staff e indagini sul clima interno
- b) Elaborazione – Attivazione di nuovi modelli progettuali e di intervento
- c) Target specifici di pazienti
- d) Mutazione del fenomeno
- e) Criticità ricorrenti rilevate nel corso dell'erogazione del servizio riabilitativo

Il piano formativo è sottoposto all'approvazione dell'Organo Amministrativo che provvederà, compatibilmente con le disponibilità economico – finanziarie, ad appostare in bilancio un budget congruo alla sua realizzazione.

Il personale della struttura riabilitativa è tenuto a partecipare agli eventi formativi indicati e/o posti in essere dall'organizzazione in osservanza alle esigenze formative rilevate.

In caso di istanze formative avanzate direttamente dal personale della struttura, l'Organo Amministrativo e salvo situazioni particolari correlate a sopraggiunte necessità, autorizzerà – di norma - solo le richieste coerenti con il piano formativo.

9.4.2 Formazione obbligatoria

A tutela della sicurezza del personale e in osservanza delle normative in materia di sicurezza, l'organizzazione garantisce al personale operante nelle strutture riabilitative, una costante formazione obbligatoria nonché i relativi aggiornamenti periodici, in materia di:

- **SICUREZZA, PRIMO SOCCORSO, ANTINCENDIO** (di cui al Dlgs. 81/08)
- **HACCP SISTEMI COMPLESSI** (Dlgs. 155/97 e ss.mm.ii.) per il personale chiamato ad attendere ad attività di cucina e manipolazione degli alimenti;
- **BLSD** (Legge R.T. 51/09 - Regolamento attuativo n. 79/R/2016 e ss.mm.ii)

9.4.3 Supervisione clinica

A tutela del personale e come azione di contrasto ai rischi di *burn-out* l'organizzazione garantisce al personale operante nella struttura riabilitativa, una sistematica attività di supervisione clinica, condotta da esperti consulenti esterni, selezionati in base alle specifiche caratteristiche della

struttura e del target di utenza accolto.

La supervisione viene erogata di norma a cadenza mensile. Il personale della struttura è tenuto a partecipare agli incontri di supervisione.

9.4.4 Clima organizzativo interno

L'organizzazione ritiene di fondamentale importanza valutare la percezione dei lavoratori operanti nella struttura riabilitativa, in merito al clima organizzativo.

Al fine di conoscere e valutare la percezione degli operatori rispetto alle variabili sopra indicate la struttura pone in essere un sistema di rilevazione attraverso un'indagine del clima organizzativo interno - **Req. 5.1.COM.7** - che, proponendosi di misurare lo stato di salute dell'organizzazione in un particolare istante della sua evoluzione, rappresenta uno strumento in grado di fornire importanti informazioni ai fini della pianificazione e della attuazione di politiche volte al miglioramento degli standard di qualità e al superamento delle eventuali criticità rilevate.

Sotto il profilo della corretta gestione delle risorse umane, esso costituisce peraltro un efficace strumento di riconoscimento e valorizzazione degli operatori rispetto al loro coinvolgimento attivo nella definizione degli obiettivi di miglioramento continuo. L'efficacia dello strumento sia sotto il profilo funzionale, sia sotto il profilo della cura e dell'attenzione verso i lavoratori, trova piena concretezza ed efficacia attraverso la puntuale restituzione al degli esiti dell'indagine e, soprattutto, attraverso l'analisi e la programmazione di azioni e misure migliorative in risposta alle rilevazioni raccolte, che l'organizzazione si impegna a porre in essere.

9.5 Gestione del Personale

La struttura garantisce a dotazione quali – quantitativa, funzionale, organizzativa e di presenza del personale in conformità ai requisiti normativamente previsti.

9.5.1 Organizzazione orario di servizio operatori ruotanti nelle 24 h.

La gestione dell'orario di servizio del personale Educativo e Socio-Sanitario (O.S.S.) che ruotano sulle 24 h, passa attraverso: programmazione, revisione e verifica dei turni operativi.

Ne è referente il Direttore Sanitario con il Coordinatore. La programmazione consiste nella elaborazione dell'orario mensile, nel quale viene indicato con sigla, giorno per giorno, l'avvicinarsi degli Operatori nelle varie fasce orarie. La programmazione è custodita in un registro del personale ed è conservata per un anno.

L'elaborazione avviene secondo i seguenti criteri:

In struttura sono compresenti, per le intere 24 ore giornaliere, un Educatore professionale e un Operatore Socio Sanitario. A regime, nelle ore diurne, si aggiunge la compresenza di un Educatore professionale nella fascia 7-19, orario che a volte si rende necessario modificare in 7-15 / 16-20 ,per poter garantire lo svolgimento delle attività sia interne che esterne alla struttura.

Orientativamente, nei giorni feriali, i turni di servizio sono 8 - 15; 15 - 22; 22 - 08.

Il Coordinatore è presente in struttura dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 14.

Su richiesta del servizio inviante può essere inserito ulteriore operatore come rinforzo educativo in rapporto 1:1 nella fascia diurna (orario concordato con il servizio inviante).

Fermo restando il rispetto degli obblighi contrattuali, nell'elaborazione dell'orario fanno da guida il

criterio della rotazione (mattina/pomeriggio; sabato/domenica) degli Operatori in servizio.

Le riunioni settimanali del gruppo operativo sono programmate mensilmente, generalmente in giorno fisso e registrate su apposito verbale che indica: data della riunione, presenze dei partecipanti, ordine del giorno degli argomenti trattati, discussione del gruppo e accordi presi; è redatto a rotazione da tutti gli operatori e controfirmato da tutti i presenti.

Vincolante è il piano ferie, formulato quadrimestralmente: esso si basa sulle richieste presentate da ogni singolo dipendente, conciliate con le richieste degli altri e le esigenze del servizio. In caso di impossibilità di conciliare le richieste personali è il Direttore Sanitario, in accordo con il Coordinatore, che assegna le ferie d'ufficio, tenendo conto dei criteri della rotazione, della compensazione e della precedenza della richiesta.

Per revisione si intende l'occasionale necessità di apportare modifiche o correzioni all'orario programmato in seguito al sopraggiungere di imprevisti. Gli imprevisti possono essere legati al servizio (necessità di prolungare, anticipare, rafforzare i turni) o al personale stesso (sostituzioni per malattia, richieste di cambi di turno); in ogni caso è il Direttore Sanitario che si attiva come segue: provvede alla elaborazione di ipotesi di variazioni dell'orario per garantire il corretto svolgimento del servizio, verificando e annotando la disponibilità del personale consultato, seguendo il criterio della equa distribuzione del monte ore e della rotazione.

La struttura ha incrementato la pianta organica di un educatore e un OSS per garantire la gestione delle ferie e imprevisti.

Annota in bacheca sull'orario esposto, il cambio effettuato apponendo la firma.

La verifica avviene attraverso i vari momenti della registrazione dell'orario di servizio:

- registrazione, da parte di ogni operatore, del proprio turno di lavoro su apposito foglio firma ove per ogni operatore sono indicati gli orari dei servizi svolti nella settimana in corso;
- convalida, (effettuata settimanalmente in genere entro il martedì della settimana successiva) da parte del Coordinatore, che verifica l'esattezza della registrazione avendo cura di redigere il riepilogo dell'orario consuntivo mensile in cui, oltre all'orario giornaliero effettuato da ciascun addetto, evidenzia ore di flessibilità, ferie e giorni riposo effettuati.

Invio di una copia del riepilogo consuntivo di cui sopra, all'Ufficio Amministrativo competente per l'elaborazione delle buste paga, corredato dei fogli firma degli orari effettuati dal personale.

9.6 Prestazioni erogate

Accertamento dell'iscrizione al medico di medicina generale/pediatra di libera scelta
Monitoraggio condizioni psicofisiche
Garanzia di continuità nell'assunzione di terapie farmacologiche
Supporto educativo individuale e di gruppo
Supporto alla scolarità e alla formazione
Attività occupazionali ergoterapiche congruenti con i trattamenti individuali
Attività espressive/motorie
Informazione ed educazione sanitaria
Orientamento e sostegno alla famiglia
Assistenza alberghiera

Fornitura pasti
Igiene personale e cura della persona
Collegamento programmatico con i servizi invianti e altre agenzie del territorio (tribunale, scuola, servizi sociali, forze dell'ordine...)
Assistenza Psichiatrica e Terapia farmacologica prevista nel prontuario
Supporto Psicoterapico
Approfondimento Psicodiagnostico

10. Documentazione Sanitaria

10.1 Gestione documentazione sanitaria - Modalità e tempi di accesso del paziente alla documentazione sanitaria

In merito alle modalità di gestione della documentazione sanitaria e alle modalità e tempistiche di accesso ad essa da parte degli aventi diritto, viene operata una distinzione tra:

- a) **Documentazione terapeutico - sanitaria di origine INTERNA, pertinente al percorso riabilitativo erogato dalla struttura**
- b) **Documentazione medico – sanitaria di origine ESTERNA, non pertinente al percorso riabilitativo erogato presso la struttura**

a) Per “documentazione sanitaria” c.d. INTERNA E PERTINENTE si intende quella attinente al percorso riabilitativo effettuato dal minore presso la struttura di comunità terapeutica e prodotta dal personale della struttura riabilitativa o dai servizi pubblici che hanno disposto il suo invio presso la struttura stessa. Detta documentazione si riferisce a relazioni e valutazioni di natura psicologica, psicodiagnostica, neuropsichiatrica, pedagogica etc. Nell'ambito di tale documentazione rientrano anche le griglie di valutazione e di calcolo elaborate a seguito di somministrazione di tests psicodiagnostici.

Detta documentazione è utilizzata solo ad uso interno degli addetti ai lavori e, per evidenti motivi di tutela verso i pazienti stessi, essa è riservata e non può essere pertanto ad essi/e accessibile e/o divulgata e/o consegnata nella forma integrale.

In ossequio al criterio della massima trasparenza delle informazioni e del coinvolgimento dei pazienti al proprio percorso di cura, le figure professionali della struttura aventi titolo, provvederanno nel merito a fornire costantemente ai minori e ai genitori/tutori, nel corso di tutto il periodo della loro permanenza presso il presidio riabilitativo, debita restituzione informativa, illustrativa ed esplicativa delle valutazioni e delle osservazioni effettuate. Al momento delle dimissioni, ai pazienti e loro genitori/tutori verrà consegnata lettera di dimissioni contenenti in modo chiaro ed esaustivo tutte le informazioni del percorso riabilitativo effettuato e le indicazioni post- fase riabilitativa. Eventuali richieste di accesso ad ulteriore documentazione “Interna” dovranno essere trasmesse per iscritto dall'interessato, indicandone le motivazioni. Dette richieste dovranno essere effettuate:

- ✓ **tramite lettera Raccomandata A.R.** all'indirizzo: Cooperativa Gruppo Incontro, Via San Biagio in Cascheri n. 114 – 51100 Pistoia, recante la dicitura: **all'attenzione del Direttore**

Sanitario

oppure

- ✓ **tramite e-mail all'indirizzo di posta elettronica certificata:**
gruppoincontro.pec@confcooperative.it, sempre recante la dicitura : **all'attenzione**
del Direttore Tecnico Sanitario

b) Per **“documentazione medico -sanitaria cd. ESTERNA E NON PERTINENTE** si intende specificamente tutta la documentazione medica e/o diagnostica (es. referti medici, analisi di laboratorio , radiografie, ecografie etc.) **non attinente al percorso riabilitativo erogato presso la struttura di comunità terapeutica** e pertanto non prodotta da quest'ultima ma rilasciata ai pazienti da presidi sanitari esterni qualora essi dovessero sottoporsi ad accertamenti medici e/o diagnostici per patologie altre, rispetto a quella per cui stanno effettuando il percorso riabilitativo presso la struttura di comunità terapeutica, già presenti al momento del loro ingresso presso la suddetta struttura o insorte nel corso della loro permanenza presso di essa. Detta documentazione è di titolarità e proprietà degli/delle ospiti e non pertinente quindi alla struttura riabilitativa che, a riguardo, assume l'esclusiva funzione di assicurarne la custodia, garantendo l'accesso ai pazienti e loro genitori/tutori durante tutto il corso della loro permanenza presso la struttura riabilitativa.

La documentazione medico sanitaria in oggetto verrà di norma restituita agli/alle ospiti al momento della loro uscita dalla struttura. Qualora, per motivi oggettivi (es. casi di interruzione volontaria immediata, fuga etc.) non si renda possibile provvedere alla consegna di detta documentazione contestualmente all'uscita dalla struttura, essa verrà restituita entro 6 mesi dall'uscita stessa, a patto che l'interessato/a ne faccia espressa richiesta scritta (anche tramite e-mail) alla struttura riabilitativa. Il coordinatore della struttura provvederà quindi ad attivare le preposte figure infermieristiche affinché predispongano il materiale documentale da restituire al paziente. **La richiesta dovrà dunque pervenire dall'interessato/a entro e non oltre i 6 MESI successivi alla sua uscita dalla struttura riabilitativa**

Salvo casi eccezionali di oggettiva e comprovata impossibilità, la richiesta non potrà essere effettuata per via telefonica al fine di garantire la tracciabilità della richiesta stessa. _La documentazione dovrà essere ritirata personalmente dall'interessato/a o da persona sua delegata. In casi straordinari in cui non sia materialmente possibile il ritiro personale, il materiale potrà essere spedito a condizione che l'invio possa essere tracciato e comprovato. Il personale incaricato di provvedere alla consegna avrà cura di far firmare alla persona ricevente (titolare della documentazione o persona da questi delegata al ritiro), attestazione di avvenuta consegna (Mod. CDS – Consegna documentazione sanitaria). In caso di ritiro da parte di persona delegata, quest'ultima dovrà esibire la delega sottoscritta dall'interessato richiedente, corredata di proprio documento di identità in corso di validità nonché del documento di identità del delegante. In questi casi, il personale che effettuerà la consegna, oltre a far sottoscrivere l'attestazione di avvenuta consegna sul modulo CDS provvederà ad annotare sullo stesso gli estremi del documento di identità della persona delegata. _Detto modulo, unitamente alla eventuale delega dovrà essere archiviato nella cartella_informatica del paziente, sul software gestionale “Check”.

Qualora l'interessato/a non ritiri la suddetta documentazione al momento dell'uscita dalla struttura sanitaria e non provveda a fare richiesta di restituzione nei termini sopra indicati, la Cooperativa, Ente gestore della struttura riabilitativa, provvederà alla sua distruzione nelle modalità previste dalla normativa vigente a tutela del diritto alla riservatezza dei dati e della privacy dell'interessato/a. A tale scopo, tra la documentazione propedeutica all'ingresso nella struttura riabilitativa lo SVO provvederà a fornire ai genitori/tutori specifica informativa raccogliendo il loro consenso ad aderire a tale modalità di gestione e la loro autorizzazione a provvedere alla distruzione della documentazione non richiesta e non ritirata, decorsi i 6 mesi previsti.

10.2 Modalità di compilazione, conservazione, archiviazione della documentazione sanitaria Req. Autorizz. A.7

Tutta la documentazione sanitaria c.d. **"interna"**, (vedi punto a. del precedente paragrafo 10.1 quali relazioni, PTI, Diario giornaliero, valutazioni di natura psicodiagnostica, psicologica, psicoterapica psichiatrica, psico –sociale etc) viene redatta, conservata e archiviata dal personale della struttura riabilitativa, ciascuna per le proprie competenze professionali. L'archiviazione avviene prevalentemente su supporto informatico, avvalendosi del software gestionale dedicato **"Check"**, e, in misura più contenuta, su supporto cartaceo. La documentazione medico sanitaria di origine c.d. **"esterna"** (vedi punto b) paragrafo 10.1, viene prodotta da presidi sanitari esterni in ordine ad accertamenti medici e/o diagnostici di laboratorio riferiti a patologie altre, già presenti nel paziente al momento dell'ingresso in struttura o nel corso della sua permanenza presso e viene conservata e custodita dalla struttura nella forma in cui è stata prodotta dal presidio sanitario che l'ha rilasciata e, ove opportuno - previo assenso del paziente - scansionata e archiviata in formato elettronico.

Per la modalità di conservazione e archiviazione informatica di tutta la documentazione, sia quella terapeutico-sanitaria **"interna"** sia quella medico – sanitaria personale del paziente (definita **"esterna"**), i p.c. in dotazione alla struttura riabilitativa e agli uffici di supporto operanti presso la sede amministrativa e legale della Cooperativa (Segreteria, Coordinamento infermieristico etc.) sono dotati di *screen saver* e di password nominative e segrete assegnate a ciascun operatore incaricato o nominato al trattamento dei dati personali. Dette password avranno di norma durata trimestrale e a tale scadenza dovranno essere variate.

La documentazione terapeutico sanitaria interna verrà conservata dalla struttura per la durata stabilita dalle normative in materia di privacy, sicurezza e riservatezza dei dati personali.

In caso di conservazione in modalità **"cartacea"** per entrambe le tipologie di documentazione sanitaria, la struttura e l'intera organizzazione adotta modalità volte ad assicurarne la massima sicurezza e riservatezza, provvedendone alla conservazione in contenitori chiusi a chiave o comunque in luoghi non accessibili a persone non autorizzate.

10.3 Monitoraggio della qualità e della correttezza della documentazione sanitaria – terapeutica- assistenziale in cartella clinica Req. Accred. 3.2. AZ.1

La documentazione relativa a ogni singolo/a paziente deve essere oggetto di monitoraggio circa la

presenza e l'adeguatezza della compilazione e degli aggiornamenti.

Il monitoraggio della documentazione che deve accompagnare i pazienti durante tutto il percorso riabilitativo ha la funzione di verificare la qualità stessa della documentazione e di tenere sotto controllo il flusso dei processi sottesi all'erogazione dei trattamenti riabilitativi, attraverso la verifica sistematica delle evidenze documentate relative ai suddetti processi nonché a valutare e identificare eventuali azioni correttive o migliorative, nell'ottica del miglioramento continuo

Il monitoraggio della documentazione sanitaria, terapeutica e assistenziale che compone la complessiva cartella clinica degli utenti inseriti nei percorsi riabilitativi dovrà essere effettuato attraverso lo specifico strumento di monitoraggio : **Mod. MDC – Monitoraggio Documentazione Clinica**

11. Assistenza alberghiera: Pulizia/Sanificazione Ambienti– Ristorazione – Lavanderia e guardaroba Req. Autorizz. A.7

Le attività di cura, pulizia e decoro degli ambienti interni ed esterni, degli indumenti personali e comuni, nonché le attività di cucina e ristorazione, costituiscono, insieme alle attività espressive e motorie (es. laboratori espressivi, attività orticola, attività sportiva etc.) una parte integrante e fondamentale del percorso riabilitativo dei/delle pazienti ospiti nella struttura. La funzione riabilitativa di tali attività, a maggior ragione nell'ambito di un contesto di cura che si fonda sulla assidua interazione tra il gruppo dei pazienti e sulla condivisione del "quotidiano", assume una valenza psico-educativa di grande impatto e significato, volta all'acquisizione di buone prassi, del rispetto della convivenza con i compagni del gruppo e dello sviluppo di autonomie personali e relazionali.

Dette attività si inseriscono pertanto a pieno titolo nell'insieme di attività ergoterapiche, che vengono assegnate e svolte dagli/dalle ospiti secondo una pianificazione programmata di concerto con essi stessi.

Resta inteso che gli ospiti, nel corso dello svolgimento delle attività oggetto del presente paragrafo e seguenti, sono supportati e coadiuvati dal personale della struttura.

11.1 Prevenzione e sorveglianza delle infezioni Req. 5.1 COM.2

A livello generale la struttura adotta misure standardizzate per la prevenzione dal rischio di infezioni attraverso l'adozione di buone prassi igieniche in osservanza di quanto prescritto dal piano di autocontrollo adottato dalla struttura stessa nonché dal piano di igiene degli ambienti. La struttura osserva peraltro le prescrizioni in materia di sicurezza di cui alla L.81/08 e del sistema HACCP. Particolare cura e attenzione, in tema di buone prassi igieniche, sono rivolte al lavaggio delle mani, soprattutto nelle aree deputate alla preparazione dei cibi.

E'peraltro adottata un specifica procedura per la prevenzione delle infezioni da legionella.

Per le misure più specifiche in tema di prevenzione e sorveglianza infezioni, con particolare riferimento a protocolli e aspetti procedurali riguardanti la prevenzione e la sorveglianza dai rischi di contagio di pazienti con malattie infettive già presenti al momento dell'ingresso o insorte nel percorso riabilitativo, si rimanda alla specifica procedura del complessivo sistema di gestione del RISCHIO CLINICO

11.2 Pulizia e Sanificazione degli ambienti

Le pulizie della struttura vengono – di norma - svolte con la seguente cadenza:

GIORNALIERA:

- ✓ Cucina e refettorio: (dopo ogni consumazione di pasti)
 - Pavimenti
 - Piani cottura
 - Piani di lavoro
 - Lavello
 -
- ✓ Spazi Comuni:
 - Sala TV
 - Medicheria/Infermeria
 - Contenitori Rifiuti
 - Servizi igienici
 - Pavimenti
 -
- ✓ Camere da letto:
 - Riordino letti
 - Riordino armadi e comodini
 - Pavimenti
- ✓ Bagni:
 - Lavandini, bidet, docce
 - Pavimenti e superfici lavabili (da inserire nel PEP)
 - Cambio asciugamani (ove necessaria frequenza giornaliera del cambio)
 -

SETTIMANALE:

- ✓ Dispensa
- ✓ Cucina completa
- ✓ Lavastoviglie
- ✓ Scale
- ✓ Piastrelle bagni
- ✓ Mobilio
- ✓ Ripostigli
- ✓ Lavanderia Stireria
- ✓ Cambio biancheria letti

MENSILE:

- ✓ Pareti e soffitti
- ✓ Porte e finestre
- ✓ Divani e poltrone

- ✓ Ringhiere

TRIMESTRALE:

- ✓ Locali di deposito
- ✓ Termosifoni

SEMESTRALE:

- ✓ Infissi e persiane
- ✓ Tendaggi (ove presenti)

Il personale deve essere adeguatamente formato ed informato circa l'utilizzo di prodotti per le pulizie, sulla loro ubicazione e conservazione, rispondente ai criteri in materia di prevenzione e sicurezza. I prodotti di pulizia devono essere regolarmente dotati delle schede tecniche di sicurezza che i fornitori di tali prodotti provvedono ad aggiornare e a trasmettere periodicamente alla struttura stessa per il tramite del servizio interno di supporto denominato: Ufficio Acquisti.

Tutti i prodotti di pulizia devono essere ogni volta riposti negli appositi scaffali e chiusi a chiave al fine che non vengano accidentalmente e volontariamente prelevati e usati dai minori

E' responsabilità del personale della struttura verificare che le operazioni di pulizia previste vengano effettuate nonché di apporre le relative registrazioni su apposito modulo, denominato **Mod.PEP (Piano Esecutivo Pulizie)** in cui, oltre alle tipologie di intervento sono indicate anche le rispettive tempistiche da osservare.

Per opere di sanificazione più approfondita, anche qualora queste si rendano necessario a fronte di eventuali infestanti, la struttura si avvarrà di ditte esterne, specializzate ed autorizzate.

L'ordinativo dei prodotti igienici viene effettuato di norma, contestualmente all'ordinativo della spesa alimentare, secondo una modalità e ad una procedura più dettagliatamente descritta al paragrafo 12: **Processo di Approvvigionamento**

11.3 Ristorazione e gestione degli alimenti

La struttura è dotata di una cucina attrezzata che consente una totale autonomia nella predisposizione dei pasti, che vengono pertanto preparati internamente alla struttura stessa, da parte del personale della struttura.

A tal fine gli operatori vengono formati in materia di HACCP sistemi complessi.

La preparazione dei pasti si inserisce all'interno di un corretto regime alimentare seguendo la tabella dietetica indicata da un nutrizionista che appronta periodicamente il menù della struttura, garantendo diete congrue alle condizioni, ai gusti e alle tradizioni degli/delle ospiti, alle disponibilità stagionali e/o diete speciali su indicazioni del medico o del nutrizionista stesso.

In base a detto menù il personale della struttura, nella persona dell'operatore di volta in volta designato dal coordinatore della struttura stessa, programma gli acquisti dei generi alimentari ed elabora settimanalmente la lista della spesa. L'operazione di approvvigionamento dei prodotti viene espletata nelle modalità indicate nella presente procedura, al paragrafo 12: **Processo di approvvigionamento**.

Il personale in turno provvede a sistemare la merce approvvigionata nel locale dispensa, secondo un criterio che garantisca sempre il consumo di prodotti acquistati precedentemente.

Il personale della struttura dovrà pertanto provvedere a verificare la data di scadenza dei prodotti

alimentari, ogni volta che viene fatto l'approvvigionamento alimentare.

La struttura è dotata di un **Piano di Autocontrollo** per l'adozione di buone pratiche igieniche quali, in particolare:

PUNTI CHIAVE PER IL CONTROLLO E LA GARANZIA DELL'IGIENE DEGLI ALIMENTI:

1. Requisiti dei locali utilizzati per la preparazione dei pasti
2. Igiene del personale
3. La sanificazione delle attrezzature

PUNTI CHIAVE DEL PROCESSO DI PREPARAZIONE DEGLI ALIMENTI:

1. Acquisto degli alimenti
2. Controllo sugli alimenti in entrata
3. Conservazione degli alimenti
4. Scongelo
5. Preparazione e manipolazione degli alimenti
6. Cottura
7. Raffreddamento dei cibi
8. Conservazione dei cibi pronti per il consumo
9. Riscaldamento dei cibi

E' responsabilità dell'Operatore di turno garantire il rispetto delle norme sopra indicate durante la preparazione dei pasti e il riordino successivo

11.4 Monitoraggio Piano di autocontrollo

Come riportato Il Coordinatore dovrà aver cura che sia rispettato il piano di autocontrollo per gli aspetti da questo previsto.

In particolare la conservazione dei generi alimentari e dei prodotti igienici dovrà avvenire secondo le modalità previste dal suddetto piano di autocontrollo e secondo le indicazioni impartite dal Responsabile dell'autocontrollo, formalmente nominato, che ha il compito di supervisionare la corretta applicazione del Piano stesso in collaborazione con il RSPP interno.

In riferimento ai prodotti igienici dovranno essere presenti e conservate le schede di sicurezza dei prodotti stessi che il referente Ufficio Acquisti trasmetterà alla sede stessa, avendo cura di richiederne ai fornitori il periodico aggiornamento

11.5 Gestione Lavanderia e Guardaroba

Il servizio di lavanderia relativo agli indumenti e alla biancheria personale degli/delle ospiti, nonché alla biancheria della struttura, viene effettuato internamente alla struttura.

11.5.1 Lavaggio biancheria e indumenti personali

Ogni ospite dispone spazi e contenitori (armadi – armadietti, cassettiere – comodini), ove, oltre agli effetti personali può riporre la propria biancheria ed il proprio vestiario.

Ogni ospite dispone inoltre di un contenitore personale per riporre i propri indumenti sporchi. Il lavaggio degli stessi viene effettuato in base ad una programmazione stabilita sulla base del

numero degli ospiti della struttura riabilitativa. Di norma e salvo situazioni particolari, detta programmazione prevede che ogni ospite, un giorno alla settimana e in orari prefissati e concordati con gli ospiti stesse, disponga della lavatrice di cui la struttura è dotata e provveda personalmente al lavaggio dei propri indumenti personali.

L'operazione di lavaggio degli indumenti personali viene infatti effettuata singolarmente per ogni ospite onde evitare la commistione di vestiario tra gli ospiti stessi. Ciò sia a scopo di maggior garanzia di igiene, soprattutto per quanto attiene alla biancheria intima, sia per evitare eventuali involontari scambi di indumenti tra gli ospiti.

Gli stessi, insieme all'operatore, provvedono poi alla stenditura del bucato in spazi a ciò espressamente dedicati e, ove necessario, l'operatore provvede alla stiratura degli stessi.

Per il lavaggio degli indumenti personali, la struttura i necessari prodotti (detersivo, ammorbidente etc.) nonché quelli per l'eventuale candeggio.

Detti prodotti sono ubicati e stoccati in luogo e con modalità conformi alla loro conservazione, chiusi a chiave al fine che i minori non ne abbiano libero accesso e sono corredati delle previste schede tecniche di sicurezza. E' consentito, per particolari necessità utilizzare, per il lavaggio degli indumenti personali, anche detersivi propri, da questi stessi acquistati, a patto che gli stessi siano dotati di schede tecniche di sicurezza e che vengano risposti, analogamente a quanto sopra detto, in luogo e con modalità conformi alle norme vigenti in materia di sicurezza. Al fine di identificare la proprietà del paziente, rispetto a quel determinato prodotto, la struttura potrà provvedere ad apporre sul contenitore dello stesso, il nominativo del paziente.

11.5.2 Lavaggio biancheria della struttura

La struttura riabilitativa mette interamente a disposizione degli/delle ospiti, tutta la biancheria della casa (lenzuola, federe, coperte, tovaglie, asciugamani, canovacci, trapunte, etc.).

Il lavaggio di detta biancheria viene effettuata dagli operatori in base alla pianificazione sopra descritta e viene effettuato, di norma e salvo casi particolari, una volta la settimana in un giorno prestabilito.

Come per il lavaggio degli indumenti personali, i prodotti per il lavaggio della biancheria della casa, sono totalmente messi a disposizione dalla struttura.

In casi particolari in cui sia consentito all'ospite utilizzare lenzuola, federe e asciugamani di sua proprietà, in via esclusiva, utilizzando per il loro lavaggio detersivi e correlati prodotti disinfettanti, ammorbidenti e/o candeggianti da esso acquistati, si applicano le medesime regole descritte al paragrafo precedente in merito al lavaggio di indumenti personali con prodotti di proprietà dell'ospite (presenza schede tecniche di sicurezza e allocazione dei prodotti in luogo e modalità di conservazione conformi alla normativa vigente).

Fatto salvo la biancheria casalinga di proprietà e di uso esclusivo degli ospiti, che potrà essere conservata da questo stesso, nel proprio armadietto/cassetti personali, la biancheria della struttura viene riposta e conservata in appositi guardaroba.

Il lavaggio di coperte e trapunte pesanti, non possibile attraverso la normale lavatrice in dotazione alla struttura, viene affidato a lavanderia esterna.

11.6 Igiene Personale

La struttura riabilitativa mette a disposizione dei minori, tutti i prodotti necessari alla propria igiene personale quali sapone (in dispenser), bagnoschiuma, dentifricio shampoo, etc.

Detti prodotti rientrano nella più generale categoria dei “cosmetici” e non necessitano pertanto della dotazione di relative schede tecniche di sicurezza. In tal caso, qualora l’ospite ritenesse di suo maggior gradimento utilizzare prodotti di sua proprietà, anziché quelli forniti dalla struttura, questi ultimi potranno essere conservati dagli ospiti negli spazi personali ad esso assegnati (mensole, armadietto, comodino, cassetti etc.)

11.7 Gestione dei Rifiuti

11.7.1 Rifiuti Domestici

Nella struttura è garantita una gestione quanto più possibile eco sostenibile dei rifiuti domestici, attraverso una raccolta differenziata dei rifiuti stessi.

Detti rifiuti vengono poi conferiti negli appositi cassonetti pubblici, sempre in modo differenziato, in base alla natura del rifiuto medesimo.

Per quanto riguarda il conferimento dei rifiuti cartacei, questi stessi, una volta raccolti negli appositi sacchetti di carta forniti dal servizio municipalizzato, - ove attivato - vengono ritirati da detto servizio, a cadenza programmata.

Come per la gestione delle pulizie, anche nel corretto conferimento dei rifiuti differenziati, gli operatori attivano una costante informazione/formazione nei confronti dei/delle pazienti, al fine di sensibilizzarli ad un etico rispetto dell’ambiente e ai principi di sostenibilità dell’eco sistema.

11.7.2 Rifiuti Speciali

Per il conferimento e lo smaltimento di **rifiuti speciali** (farmaci, taglienti, materiale potenzialmente veicolante infezioni), la struttura si avvale di ditta specializzata ed autorizzata con cui è sottoscritto regolare contratto, che mette a disposizione della struttura gli opportuni contenitori per la raccolta ed il conferimento e che ne provvede al ritiro a cadenza periodica programmata per poi procedere al loro smaltimento nelle modalità previste dalla normativa vigente per tale tipologia di rifiuti.

12. Processo di approvvigionamento

12.1 Fondo cassa e spese effettuate per contanti o bancomat

Alla Struttura è assegnato un fondo cassa per le spese quotidiane di routine. Detto fondo è commisurato alle esigenze della struttura stessa tenuto conto delle caratteristiche e del numero di utenti ospitati. Responsabile del Fondo, del suo utilizzo e della sua rendicontazione è il Coordinatore della struttura o l’operatore del centro da questi espressamente delegato.

La rendicontazione periodica del fondo (di norma settimanale) e il suo reintegro devono essere effettuati ai sensi dell'apposito regolamento per la gestione degli acquisti effettuati per cassa o bancomat.

12.2 Approvvigionamento generi alimentari e prodotti igienici

Gli ordini dei generi alimentari e dei prodotti igienici necessari alla struttura, dovranno essere trasmessi all'Ufficio Acquisti alla mail: ordini@incontro.coope, ove indicato, redatti sull'apposito modulo ordine messo a disposizione dall'ufficio Ufficio Acquisti che provvederà ad inoltrare l'ordinativo al fornitore di fiducia il quale, in base agli accordi presi, provvederà a sua volta a consegnare le merci presso la struttura, al giorno prestabilito ovvero ad indicare il giorno in cui il personale della struttura potrà andare a ritirarli presso la sede o il magazzino del fornitore stesso.

12.3 Approvvigionamento beni e attrezzature

In caso di necessità di acquisto di beni e attrezzature, il coordinatore della struttura o suo delegato dovrà farne richiesta **all'Ufficio Acquisti**, inviando e-mail alla casella di posta elettronica : ufficioacquisti@incontro.coop il quale , nel limite delle proprie autonomie decisionali provvederà a fornire indicazioni alla sede richiedente sulle modalità di acquisto da parte del personale della struttura stessa ovvero provvederà direttamente all'acquisto mettendolo a disposizione della sede. Qualora la natura dell'acquisto richiesto non rientrasse nelle autonomie dell'Ufficio Acquisti, quest'ultimo provvederà ad avviare l'iter procedurale affinché i ruoli pertinenti si incarichino di redigere proposta di delibera da sottoporre all'approvazione del CdA.

12.4 Non conformità di prodotti, servizi ed interventi acquisiti da fornitori esterni

Il personale della struttura dovrà segnalare tempestivamente all'Ufficio Acquisti (se trattasi di prodotti) o al Referente Servizio Manutenzioni (se trattasi di servizi ed interventi manutentivi) eventuali non conformità riscontrate nelle forniture di prodotti, servizi e interventi affinché i ruoli incaricati si attivino con i fornitori per la risoluzione delle anomalie riscontrate. La segnalazione dovrà avvenire di norma tramite e-mail agli indirizzi indicati al **paragrafo 13.2** (ufficio acquisti e ufficio manutenzioni)

Le segnalazioni di cui sopra dovranno essere trasmesse per conoscenza anche al RSGQ all'indirizzo martina.macciocchi@incontro.coop

13. Apparacchiature medicali/elettromedicali gestione, verifiche, Manutenzioni e Piano di sostituzione per obsolescenza Req. Autor. A.13

13.1 Apparecchiature biomediche: gestione, verifiche e Manutenzioni

Ai sensi della normativa vigente (L.51/09 e suo regolamento attuativo n. 79/R/2016), l'unica attrezzatura biomedica obbligatoria per la struttura è il **DAE (defibrillatore)** di cui la struttura è regolarmente dotata, ivi compresi i presidi di emergenza ad esso correlati quali: cannule orofaringee, maschere facciali di varia misura, pallone auto-espandibile (Ambu), pulsossimetro, sfigmomanometro, fonendoscopio.

Stante le caratteristiche di tale apparecchiatura, che segnala automaticamente eventuali malfunzionamenti tramite autodiagnosi, il piano di manutenzione consiste nella verifica, da parte di personale incaricato, del corretto funzionamento dell'apparecchio, verificabile attraverso:

- Assenza di segnali di "Alert" quali: LED illuminato di rosso o segnali acustici;
- Presenza di piastre/elettrodi in corso di validità;
- Verifica presenza manuale d'emergenza;
- Verifica presenza manuale d'uso.

Dette verifiche dovranno essere annotate **QUOTIDIANAMENTE** su apposito modulo (**Mod. PVD – Piano Verifica DAE**) in cui è riportata la data di scadenza di piastre/elettrodi e batterie. Trattandosi di apparecchio che non prevede piani di manutenzione ordinaria programmata da parte dell'utente, ma solo interventi di eventuale riparazione/sostituzione o di ricambi periodici (elettrodi/batterie), la verifica tracciabile quotidiana consente di porre in essere immediatamente le necessarie azioni correttive.

La ditta manutentrice è: **C.S. SPENCER di Gisinti Paolo**, sita in Serravalle Pistoiese – Loc. Masotti (Pistoia) – Via Provinciale Lucchese n. 79. I contatti per l'assistenza sono riportati sul modulo di verifica giornaliera. Il corretto utilizzo del dispositivo è garantito dalla specifica formazione **BLS D** rivolta a tutto il personale della struttura.

La struttura dispone inoltre di altri dispositivi, il cui utilizzo è limitato a esigenze di primo soccorso o monitoraggio sporadico:

- **Sfigmomanometro** digitale
- **Sfigmomanometro** manuale
- **Saturimetro**
- **Termometri**
- **Bilancia**

Il funzionamento di questi viene verificato periodicamente dall'infermiere di struttura e riportato su apposito modulo **CDE-MIN (Controllo Dispositivi Elettromedicali)**, sul quale viene evidenziata la data di acquisizione e programmata la sostituzione per obsolescenza.

In considerazione del ridotto utilizzo dei suddetti dispositivi, la sostituzione è fissata come segue, salvo riscontro di anomalie durante i controlli periodici:

- **Sfigmomanometro digitale:** 10 anni
- **Sfigmomanometro manuale:** 15 anni
- **Saturimetro:** 10 anni

- **Termometri:** 10 anni
- **Bilancia pesapersona:** 10 anni

13.2 Manutenzione Attrezzature

Con l'eccezione del DAE, nonché degli impianti termici, sanitari, elettrici, depurazione e trattamento acque, microclimatizzazione che sono oggetto di specifica procedura di verifica e manutenzione/riparazione, come descritto nei precedenti paragrafi 13.1 e 13.3 13.4, le altre attrezzature allocate nella struttura riabilitativa si riferiscono essenzialmente a elettrodomestici (forno, cucina, frigoriferi, cappa aspirante, lavatrici, lavastoviglie, P.C, stampanti TV etc.) che non necessitano di specifico piano di manutenzione programmata. Il Coordinatore della struttura ed il personale tutto ad essa assegnato, dovranno comunque vigilare costantemente sul corretto utilizzo di tali attrezzature.

Nel caso di guasti o malfunzionamenti di dette attrezzature il personale della struttura provvede a segnalare all'Ufficio Manutenzioni manutenzioni@incontro.coop il suddetto guasto o malfunzionamento affinché quest'ultimo provveda ad attivare i centri di assistenza specializzati per la riparazione dell'apparecchio in questione oppure, qualora il guasto non sia riparabile, ad avviare l'iter procedurale affinché i ruoli pertinenti si incarichino di redigere proposta di delibera da sottoporre all'approvazione del CdA

In caso di guasto o malfunzionamento delle apparecchiature e degli applicativi informatici, la segnalazione, preferibilmente per via e-mail dovrà essere inviata, al referente del CED sauro.ticciati@incontro.coop e per conoscenza all'Ufficio Acquisti: ufficio_acquisti@incontro.coop Per quanto riguarda gli automezzi assegnati alla struttura, il Coordinatore della stessa dovrà vigilare sul loro corretto utilizzo da parte dei fruitori.

La pianificazione degli interventi di manutenzione ordinaria degli automezzi è gestita dal referente dell'Ufficio Manutenzioni. In caso di guasto, malfunzionamento o incidente occorso agli automezzi il personale della struttura riabilitativa dovrà darne immediata informazione a questo stesso delle manutenzioni, inviando e-mail al suddetto indirizzo: manutenzioni@incontro.coop affinché provveda ad attivare le azioni volte alla manutenzione straordinaria dell'automezzo

13.3 Piano Manutenzione Struttura Req. Autorizz. A.21

E'adottato un piano di manutenzione programmata e/o correttiva riferito alle opere civili ed impiantistiche. Detto piano di manutenzione è riportato su apposito registro in cui sono indicate le tipologie delle manutenzioni e delle verifiche periodiche da effettuarsi a cadenze periodiche. Le ditte manutentrici incaricate provvederanno a loro volta ad apporre sul suddetto registro la natura dell'intervento effettuato, l'esito e la data nonché gli interventi effettuati dalle ditte manutentrici che devono essere effettuate e che dovranno essere annotate sul registro stesso. Il personale della struttura dovrà aver cura di verificare che le ditte manutentrici osservino tale adempimento.

Nel medesimo registro dovranno essere altresì annotati gli interventi correttivi di riparazione ordinaria o straordinaria effettuati dalle ditte manutentrici incaricate.

Al fine della corretta applicazione del piano di manutenzione di cui sopra, è nominato un Responsabile degli interventi di manutenzione della struttura e degli impianti

13.4 Schede di Controllo Periodico Req. Autorizz. A.21

Le valutazioni periodiche relative a modifiche strutturali vengono effettuate tramite uno specifico strumento adottato dall'organizzazione della Cooperativa per la rilevazione di eventuali criticità dal punto di vista manutentivo/sicurezza. Si tratta del **Modulo SCP – Scheda di Controllo Periodico**. Tali schede di rilevazione e segnalazione, vengono compilate mensilmente a cura del Preposto della Struttura ed inviate all'Ufficio Acquisti e all'Ufficio Manutenzioni, nonché al Responsabile Sicurezza e al CDA per conoscenza. Il coordinatore dell'Ufficio Manutenzioni attiva presso la ditta manutentrice opportuna l'intervento da effettuare come rilevato dalla Struttura sulla Scheda di Controllo Periodico. Mensilmente, i Coordinatori dell'Ufficio Manutenzione e dell'Ufficio Acquisti si riuniscono per verificare e aggiornare, di concerto, l'**Indice dei Verbali**, strumento finalizzato al monitoraggio e allo stato di avanzamento degli interventi attivati per la risoluzione della criticità rilevata nel **Modulo SCP**. Detto Indice dei Verbali viene altresì analizzato e valutato periodicamente da apposito organismo interno denominato Gruppo Sicurezza, costituito, oltre che dai Coordinatori di cui sopra, anche dal Legale Rappresentante, dal RSPP, dal Coordinatore dell'Ufficio Risorse Umane e dal RSGQ.

Per la Struttura di EIDOS (come per ogni altra Struttura gestita dalla Cooperativa) è inoltre istituito un **Registro della Manutenzione e dei Controlli (RMC)** dove sono annotati:

- la richiesta d'intervento inoltrata all'Ufficio Manutenzione e Acquisti con la data della richiesta stessa;
- la realizzazione dell'intervento, con data e nome del tecnico che ha effettuato l'intervento stesso e che è tenuto ad apporre la propria firma su detto registro.

In tale registro vengono conservati i documenti rilasciati dai tecnici, che saranno poi consegnati a cadenza quindicinale all'ufficio acquisti.

Resta salvo che per interventi manutentivo urgenti la Struttura provvede subito a contattare tempestivamente l'Ufficio Manutenzione e Ufficio Acquisti tramite email

13.5 Misurazione Temperatura apparecchi refrigeranti

Il personale della struttura, incaricato dal Coordinatore, avrà cura di registrare due volte al giorno, le temperature di tutti gli apparecchi refrigeranti presenti nella struttura, su apposito modulo, avendo cura di segnalare al Responsabile delle Manutenzioni eventuali difformità affinché egli attivi le necessarie azioni correttive.

La temperatura degli apparecchi refrigeranti presenti presso il locale infermeria/medicheria della struttura verrà rilevata e annotata, con le stesse modalità di cui sopra, dall'infermiere della struttura, referente della gestione dei farmaci.

In caso di non conformità nella rilevazione di tali temperature, il rilevatore avrà cura di darne tempestiva segnalazione al Referente dell'Ufficio Manutenzioni: manutenzioni@incontro.coop che provvederà ad attivare il centro assistenza o il tecnico per la riparazione dell'apparecchio refrigerante. La segnalazione dovrà essere trasmessa per conoscenza anche al RSGQ: martina.macciocchi@incontro.coop per le opportune registrazioni nell'apposito registro delle N.C. ai sensi della norma ISO 9001:2015

Al fine di garantire l'attendibilità dei termometri atti a rilevare le temperature degli apparecchi refrigeranti, il Referente dell'Ufficio Manutenzioni, periodicamente provvederà a testarne l'attendibilità stessa, attraverso la rilevazione della loro rispondenza all'apparecchio misuratore

tarato. **Mod. ATR** *Attendibilità Temperature Refrigeratori*

14. Audit Interni Sistema Qualità

Fermo restando le eventuali verifiche, controlli e ispezioni attivati e poste in essere dagli organismi preposti (Commissioni di vigilanza, Dipartimento Igiene e prevenzione, Commissione Regionale accreditamento, Vigili del Fuoco etc.) di cui la struttura riabilitativa deve sempre dare segnalazione al CdA e al Direttore Sanitario (compresa la trasmissione dell'eventuale verbale rilasciato dai suddetto Organismi) nonché al Responsabile Sistemi di gestione e Qualità (RSGQ) affinché egli adempia alle prescritte annotazioni nell'apposito registro delle non conformità e delle raccomandazioni, la struttura riabilitativa dovrà essere oggetto di Audit interno con almeno cadenza annuale, volto a verificare i requisiti di processo e la corretta applicazione del Sistema di gestione della Qualità e Accreditamento. Gli Audit del sistema di qualità saranno di norma condotti dal RSGQ, nell'ambito della programmazione standard stabilita annualmente di concerto con l'équipe della struttura riabilitativa ma potranno altresì essere attivati ed effettuati autonomamente dalla struttura riabilitativa stessa qualora l'équipe avverta la necessità di verificare specifici requisiti di processo. In tal caso l'*Auditor* che condurrà l'Audit, di norma coincidente con la figura del coordinatore responsabile della struttura, dovrà effettuare l'Audit stesso predisponendo preventivamente una *check list* relativa agli aspetti che saranno valutati e approfonditi. Al termine dell'Audit dovrà redigere un report sugli esiti emersi, utilizzando apposito modulo **Mod. RAI (Rapporto Audit Interno)** in cui, oltre alla sintetica descrizione dei risultati rilevati, dovranno essere annotate eventuali raccomandazioni migliorative. Qualora dall'Audit emerga una vera e propria non conformità rispetto al mancato rispetto dei requisiti previsti non solo dalle norme in materia di accreditamento e qualità, ma anche o dalle norme cogenti in materia di sicurezza o di altro, la non conformità rilevata, oltre ad essere annotata sul rapporto di audit, richiede la redazione di apposita modulistica **Mod. GAC (Gestione delle non conformità)** in cui oltre all'indicazione del tipo di non conformità rilevata, dovranno essere evidenziate le misure correttive individuate (se rientranti nelle possibilità e nelle prerogative del Coordinatore della struttura). Per eventuali non conformità di particolare gravità o rilevanza non ricomponibili o correggibili direttamente dalla struttura riabilitativa, il Coordinatore della stessa dovrà darne immediata segnalazione al CdA, al Direttore Sanitario e al Responsabile del Sistema Qualità (RSGQ).

Ad ogni caso, il rapporto di Audit, redatto sul **Mod RAI** e il Rapporto di gestione delle non conformità, redatto sul **modello GAC**, devono sempre e comunque essere trasmessi al Responsabile Sistemi di gestione per le opportune registrazioni previste dalla norma.

In caso di eventi avversi o "quasi eventi" pertinenti al sistema di gestione del Rischio Clinico l'operatore della struttura che ne effettua la rilevazione dovrà segnalare tempestivamente quanto rilevato, al Referente del Rischio Clinico, attraverso le schede di "Incident Reporting"

15. Prassi adottate per il superamento delle barriere linguistico-culturali **Req. Aut. A.4-Req. Aut. D.4.21**

Ai fini del superamento delle barriere linguistiche e culturali nei confronti di pazienti/utenti Stranieri, la Cooperativa GRUPPO INCONTRO, si avvale:

1. di soggetti del privato sociale facenti parti della propria rete sinergica territoriale e partenariale che gestiscono e offrono servizi di alfabetizzazione, interpretazione linguistica e di mediazione culturale attraverso personale a ciò espressamente formato e attivazione di percorsi specifici a ciò finalizzati
2. di personale afferente ad altra area di servizi, sempre gestiti dalla Cooperativa Gruppo Incontro: AREA INTERCULTURA in cui opera personale formato all'accoglienza di cittadini stranieri o comunque di proprio personale interno con competenze in lingue straniere
3. Archiviazione di un "database" di curricula prevenuti da parte di soggetti aventi competenze linguistiche e di mediazione culturale, da cui attingere in caso di necessità

16. Accessibilità ai servizi in presenza di disabilità **Req. Aut. A.4**

La sede ove il paziente effettua il percorso di valutazione e orientamento ~~curato dal servizio SVO~~, propedeutico all'inserimento nei percorsi riabilitativi è conforme alla Legge 13/89 in materia di abbattimento delle barriere architettoniche

Per quanto riguarda la struttura sanitaria di comunità terapeutica in cui viene erogato il trattamento riabilitativo, ai sensi delle deroghe disposte dal **Regolamento R.T. n. 79/R/2016 (attuaz. della L.R.T. n. 51/09)**, la Cooperativa Gruppo Incontro è in regola con i dettati normativi previsti dalla normativa in materia di abbattimento delle barriere a architettoniche (L. 13/89).

17. Modalità di pagamento

Committente delle prestazioni erogate al paziente minore è il servizio inviante che dispone l'ingresso del minore nella struttura residenziale.

Al fine di percepire il pagamento per le prestazioni rese, la Cooperativa Gruppo Incontro provvederà all'emissione di fattura mensile nei confronti del pubblico committente, sulla base della tariffa giornaliera concordata con questo stesso all'interno del contratto /convenzione sottoscritto.

18. Segnaletica per favorire accessibilità dell'utenza

Poiché l'accesso al servizio residenziale avviene a seguito delle procedure propedeutiche dettagliatamente descritte al paragrafo 6, poste in essere dal servizio Valutazione e Orientamento (SVO), che opera presso la sede legale della Cooperativa – Via San Biagio 114 – Pistoia, la segnaletica e le misure volte a facilitare l'accessibilità dell'utenza al servizio oggetto della presente procedura, si riferiscono segnatamente alla suddetta sede di San Biagio, presso cui avvengono infatti, il primo contatto, la prenotazione, l'acquisizione e la registrazione dei dati anagrafici e

anamnestici dell'utente, l'acquisizione e registrazione della documentazione riferita all'utente stesso, trasmessa dal servizio inviante, la fase informativa nei confronti dell'utenza, comprensiva della tutela della privacy e dell'acquisizione del consenso informato nonché tutta la procedura finalizzata all'ingresso del minore nella struttura residenziale. In tal senso ubicazione, indirizzo e informazioni relative al raggiungimento della sede di San Biagio sono ben divulgate sul sito della Cooperativa nonché sulla pagina Facebook della stessa.

La sede di San Biagio è altresì dotata di segnaletica di riconoscimento del presidio.

Per evidenti motivi di salvaguardia e tutela del minore non viene invece pubblicizzata l'ubicazione della struttura residenziale ove egli sarà accolto. La segnaletica è presente presso la struttura residenziale stessa.

Al momento dell'ingresso in tale struttura il minore e la famiglia saranno accompagnati presso la stessa, dagli operatori che prenderanno in carico il minore.

NOTAZIONE FINALE:

L'utilizzo della declinazione maschile, per quanto riguarda la descrizione e/o il richiamo alle figure professionali operanti nella struttura riabilitativa, ha la mera funzione di facilitare la lettura della procedura evitando il continuo ricorso a barre separative (Slash), adottate invece con frequenza nell'indicazione dell'utenza afferente ai servizi.

Il criterio adottato non deve pertanto essere inteso come una forma discriminatoria di genere.