



MODELLO ORGANIZZATIVO

Rev. 0	CdA 29.12.2011
Rev. 1	CdA 22.12.2014

PREMESSA E METODOLOGIA ADOTTATA

Il tema della responsabilità delle aziende da reato introdotta dal Legislatore nel giugno del 2001, a seguito delle vicende legate alla cd. "Tangentopoli" scoppiata nel 1992 in Italia, partendo proprio da una Struttura per l'assistenza alle persone anziane di Milano, si colloca in un terreno molto delicato dove si intersecano etica, diritto, economia ed organizzazione interna di una Struttura.

Il sistema normativo vigente (Decreto Legislativo 231/2001 e s.m.i.), da un lato, tende a sanzionare fatti illeciti che intervengono nella vita dell'impresa/associazione e, dall'altro, a premiare le organizzazioni che si dimostrano "virtuose" qualora abbiano adottato modelli idonei a evitare la commissione di reati o quando, dopo il reato, li abbiano attuati.

La predisposizione del Codice Etico e la conseguente introduzione del Modello Organizzativo perseguono, nelle intenzioni del Legislatore, una duplice finalità:

- impedire, ostacolare condotte contrarie alle prescrizioni di legge
- incentivare la migliore qualità delle attività svolte tramite i propri dipendenti/collaboratori ("Destinatari") in considerazione dei valori espressamente individuati

Il D. Lgs. 231/2001 e s.m.i. individua nel modello organizzativo la capacità della azienda di dotarsi di strutture e di una organizzazione efficace a prevenire la realizzazione dei reati previsti, fondata su principi e regole di condotta, politiche di gestione dei processi aziendali, procedure che regolano i flussi e le relazioni interfunzionali, meccanismi di controllo e apparati sanzionatori adeguati.

I modelli organizzativi devono essere realizzati con l'obiettivo di creare le basi per un sistema integrato di controlli che consentano di gestire in modo efficiente e puntuale qualsiasi forma di rischio etico e legato alla sicurezza, tutela dell'igiene e della salute sul lavoro.

Il sistema deve essere in grado di rispondere a più livelli ed alle molteplici esigenze informative che operano all'interno della Struttura.

La responsabilità dell'ente è prevista sia per i reati commessi dai soggetti in posizione apicale sia per i soggetti in posizione subordinata. In particolare, bisogna che l'autore dell'illecito sia un soggetto che abbia agito per conto ed in nome dell'ente, cioè, come previsto dagli articolo 5 e 7 del D.Lgs. 231/2001 "persone fisiche che operano nell'interesse dell'ente medesimo, ossia coloro che rivestono funzioni di rappresentanza, di amministrazione, di direzione dell'ente o di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale, ovvero esercitano, di fatto, la gestione o il controllo dell'ente".

Il Codice Etico rappresenta l'orientamento al valore di un'impresa, ne individua i caratteri e la mission. Dalla Carta dei Servizi della Struttura emerge come determinati valori siano già patrimonio consolidato e obiettivo quotidiano dei Destinatari.

Il modello organizzativo realizzato si basa sull'identificazione dei rischi. Attraverso l'analisi del contesto aziendale si evidenzia "dove" e secondo quali modalità si possono verificare eventi pregiudizievoli per gli obiettivi indicati dal Decreto Legislativo 231/2001 e s.m.i.. La corretta analisi dei rischi – come riportato dalle "Linee guida regionali per l'adozione del Codice Etico e dei Modelli di Organizzazione e Controllo delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere" - "consente la stesura del Modello Organizzativo, che contiene le procedure da seguire nello svolgimento delle varie attività per eliminare o attenuare i rischi di non conformità analizzati nella fase precedente".

Ad ogni rischio individuato bisogna assegnare un *livello di importanza* calcolato come rapporto fra *probabilità* che si verifichi ed *entità del danno* causato.

Alla *probabilità* viene assegnato un valore tra: Alta, Media e Bassa. Tale valore è stato calcolato tramite evidenze documentali (serie storiche), tramite interviste al personale che svolge le attività oggetto d'analisi, tramite osservazione diretta dello svolgimento delle attività oggetto d'analisi.

L'*entità del danno* deve essere calcolata in base al verificarsi o meno di uno o più dei seguenti effetti:

- ▲ danno all'immagine dell'azienda;
- ▲ danno economico – patrimoniale;
- ▲ danno all'operatore e/o all'utente.

Pertanto, il danno sarà:

- ▲ **Basso**: se non si verifica nessuno dei suddetti effetti
- ▲ **Medio**: se si verifica solo uno dei suddetti effetti
- ▲ **Alto**: se si verificano due o più dei suddetti effetti.

Per individuare il *livello di importanza* bisogna inserire ciascun rischio all'interno della seguente matrice (**TAB. 1**) in base ai gradi di *probabilità* ed *entità del danno* assegnati.

TAB. 1

DANNO RELATIVO	PROBALITA'		
	Bassa	Media	Alta
Basso	Accettabile	Accettabile	Rilevante
Medio	Accettabile	Rilevante	Critico
Alto	Rilevante	Critico	Critico

(Da “Linee guida regionali per l'adozione del Codice Etico e dei Modelli di Organizzazione e Controllo delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere”- Regione Lombardia)

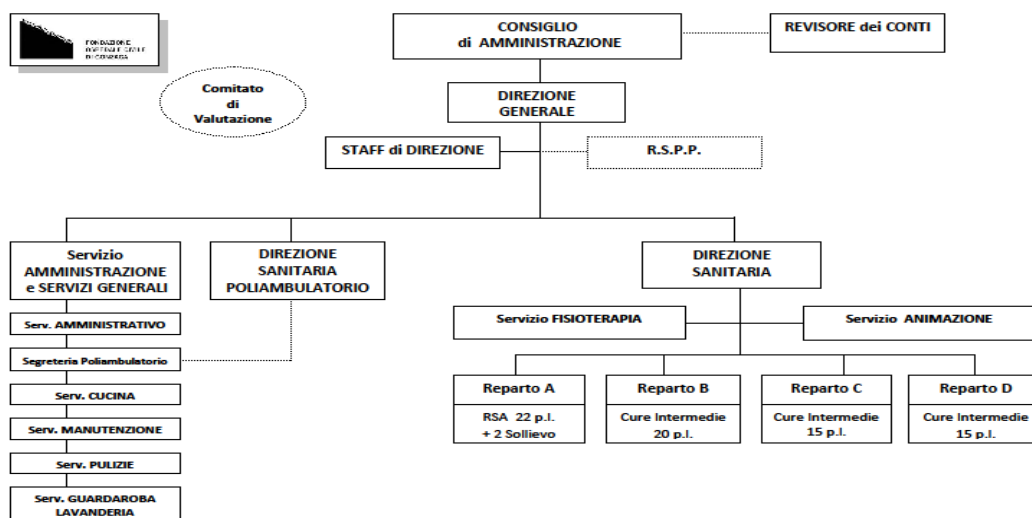
Il progetto di adozione del Modello Organizzativo si è articolato nelle seguenti fasi:

- A) Individuazione dei principi etici di riferimento;
- B) Disamina dei reati rilevanti ai sensi del D.Lgs. 231/2001, Legge n. 123/ 2007 e dell'articolo 30 della legge 81/2008 e s.m.i.;
- C) Definizione per ogni Unità Organizzativa di processi, procedure e funzioni coinvolte;
- D) Individuazione dei rischi e loro analisi sulla base della metodologia indicata nelle Linee Guida.

Ogni processo analizzato prevede delle schede di sintesi che descrivono il processo stesso. In tali schede, oltre alla “Descrizione e modalità di svolgimento dell'attività” vengono individuati i “Responsabili” del procedimento in esame, i “Riferimenti Normativi”, la Descrizione dei Rischi e la loro valutazione.

Il rischio analizzato verrà classificato in “**Accettabile**”, “**Rilevante**” e “**Critico**” in base all'incrocio tra la probabilità (Bassa, Media, Alta) che avvenga un rischio ed il danno relativo (Basso, Medio, Alto), come schematicamente riportato nella tabella sopra proposta.

Organigramma:



OGGETTO E SCOPO – CAMPO DI APPLICAZIONE

Il processo di ingresso in RSA è uno dei più sensibili tra quelli individuati e analizzati.

Tale processo si articola in 3 fasi:

- a) **presentazione della domanda**, generalmente effettuata da un familiare/care giver dell'anziano;
- b) **valutazione della domanda**, svolta da parte della Commissione appositamente istituita;
- c) **ingresso** nella Struttura.

Le 3 fasi sono sottoposte ad un'analisi dettagliata con l'individuazione delle figure (attori) coinvolti nel processo, dei rischi che focalizzano comportamenti potenzialmente in contrasto con i valori etici della Fondazione ed i reati contemplati dalla legge 231/2001 e le sue successive modifiche ed integrazioni.

Il Modello Organizzativo si applica alle attività che sono svolte da tutti i soggetti individuati e coinvolti in tale processo.

PROCESSO 1	INGRESSO IN RSA
FASE A	PRESENTAZIONE della DOMANDA

DESCRIZIONE E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'.

Una persona non autosufficiente, di norma, con più di 65 anni di età e residente in Lombardia può essere ospitata presso la Fondazione compilando l'apposito modulo di domanda prestampato disponibile presso l'URP della Fondazione, oppure scaricabile dal sito Internet della Fondazione o dal sito Internet dell'ASL di Mantova. Tale domanda deve essere firmata dal richiedente o da un familiare/parente o da un terzo che si assuma la responsabilità dei dati riportati e l'obbligo del pagamento. Nel modulo devono essere inseriti i dati anagrafici del richiedente ed informazioni sulla sua situazione personale, sanitaria e famigliare. Alla domanda l'ospite deve allegare i seguenti documenti:

- ▲ scheda sanitaria compilata su apposito modulo dell'ASL da parte del medico di medicina generale che assiste l'anziano o, se in struttura, dal medico responsabile della struttura stessa;
- ▲ certificato di residenza (o autocertificazioni ai sensi del DPR 445/2000);
- ▲ tessera regionale dei servizi;
- ▲ codice fiscale;
- ▲ documento di identità;
- ▲ eventuale esenzione ticket;
- ▲ dichiarazione di assunzione di obbligo del pagamento della retta da parte del garante.

L'URP rilascia una copia della domanda presentata debitamente timbrata e firmata per ricevuta.

La richiesta viene inserita in un'apposita lista d'attesa che viene aggiornata ogni due mesi e ogni 3 mesi vengono contattati i familiari per registrare eventuali variazioni.

Pr. 1 Fase A	PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA
ATTORI	Direttore Generale, Direttore Sanitario, Addetto URP
NORMATIVA di RIFERIMENTO	DPR 14.01.1997 - Legge Reg. 3/2008 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.- DGR. 7435/2001 - DGR 12618/2003 – DGR 1185/2013 - DGR 4980/2013 - DGR 1175/2014 - DGR 2569/2014
PROCEDURE, PROTOCOLLI e REGOLAMENTI di RIFERIMENTO	Codice Etico – Carta dei Servizi - Regolamento per l'accesso in RSA - Procedura n. 7/21.10.2012 "Protocollo per l'ingresso di un paziente in RSA/Sollievo"
RISCHIO	Corruzione/Truffa per informazioni inesatte o incomplete o mancata chiamata per il ricovero a chi ne ha diritto.
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	Origine del rischio: esterna/interna Probabilità che si verifichi: bassa Entità del danno: alta Rischio: rilevante

PROCESSO 1	INGRESSO IN RSA
FASE B	VALUTAZIONE della DOMANDA

La domanda viene valutata da un'apposita commissione formata dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Medico responsabile del Reparto. La Commissione redige una graduatoria, compilata tenendo presente i seguenti parametri:

- Gravità dello stato di salute del paziente (da 1 a 10 punti)
- Livello assistenziale coerente e conforme all'organizzazione del reparto (da 1 a 10 punti)
- Residenza nel Comune di Gonzaga (10 punti)
- Residenza altri Comuni della Provincia di Mantova (5 punti)
- Altre residenze (3 punti)

Al punteggio "matematico" ottenuto in base ai precedenti parametri, è possibile aggiungere ulteriori punti, da 1 a 10, in base alle condizioni socio-sanitarie di cui la commissione vorrà tener conto e di specifici allegati medici di eventuale peggioramento del quadro clinico.

La graduatoria così formata viene depositata presso la Direzione Sanitaria e l'URP, il quale seguirà gli eventuali aggiornamenti fino all'accoglimento/cancellazione della domanda.

Le persone interessate potranno prendere visione della graduatoria presso l'URP.

Una volta inserita in graduatoria, la domanda ha una validità di 12 mesi, salvo che venga presentata una nuova scheda sanitaria aggiornata.

La validità della domanda viene meno qualora si verifichi:

- Il decesso del richiedente.
- La cancellazione d'ufficio per rinuncia al ricovero per cessato interesse.
- Il venire meno dei requisiti di ingresso.
- La revoca per iscritto da parte del richiedente.

Pr.1 Fase B	VALUTAZIONE DELLA DOMANDA
ATTORI	Direttore Generale Dirigente Sanitario Medico responsabile di reparto Addetto URP
NORMATIVA di RIFERIMENTO	Legge Reg. 3/2008 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.- DGR. 7435/2001 - DGR 12618/2003 – DGR 1185/2013 - DGR 4980/2013 - DGR 1175/2014 - DGR 2569/2014
PROCEDURE, PROTOCOLLI e REGOLAMENTI di RIFERIMENTO	Codice Etico – Carta dei Servizi - Regolamento per l'accesso in RSA - Procedura n. 7/21.10.2012 "Protocollo per l'ingresso di un paziente in RSA/Sollievo"
RISCHIO	Corruzione, Concussione. Truffa/Falso per alterazione della graduatoria
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	Origine del rischio: interna/esterna - Probabilità che si verifichi: media Entità del danno: alta- Rischio Critico

PROCESSO 1	INGRESSO IN RSA
FASE C	INGRESSO IN STRUTTURA

Nel momento in cui si libera un posto letto la Direzione Sanitaria interpella i familiari della persona prima in graduatoria e viene programmato l'ingresso.

Prima del ricovero l'interessato e/o i familiari, possono visitare la struttura R.S.A., previo accordo con il Coordinatore del Reparto.

Al momento dell'ingresso in RSA, l'ospite e almeno un garante sottoscrivono il Contratto di Ingresso. Per la Fondazione il Contratto viene firmato dal Direttore Generale. Il contratto indica le prestazioni a carico del gestore e quelle a carico dell'utente, le ipotesi di recesso e risoluzione del contratto o di dimissioni ed infine il trattamento dei dati personali.

Contestualmente alla firma del Contratto di Ingresso all'anziano o a un suo parente viene consegnata copia della Carta dei Servizi.

L'ospite o un suo familiare al momento dell'ingresso in struttura deve presentare i seguenti documenti:

- Carta di identità, Codice Fiscale, Carta regionale dei servizi, Tessera Elettorale.
- Fotocopia versamento deposito cauzionale
- Esenzione ticket (se rilasciata), Verbale Commissione invalidità (se rilasciata)
- Modulo del consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs 196/2003 e s.m.i. compilato e firmato.

All'ingresso in Struttura deve essere versato un deposito cauzionale, non fruttifero, dell'importo pari a euro 1.500,00 (millecinquecento) e prodotta copia della relativa ricevuta di versamento.

La restituzione di tale cauzione avverrà in seguito a dimissione o decesso dell'Ospite a fronte della presentazione della ricevuta di versamento della cauzione stessa e previo accertamento dell'avvenuto pagamento delle rette relative al periodo di soggiorno.

L'ingresso del neo ospite viene programmato dalla direzione sanitaria e avviene, di norma, dal lunedì al Venerdì ed in casi eccezionali al sabato.

La retta decorre dalla data di accoglimento dell'ospite e dovrà essere pagata entro 30 giorni dall'emissione della fattura. Qualora il posto letto non venga occupato entro i termini concordati, la Fondazione addebiterà all'ospite la retta per i giorni in cui il letto è stato messo a disposizione anche se non occupato. I periodi di assenza, sempre per quanto concerne la retta, sono disciplinati dalla normativa regionale (DGR 3540/2012 e successive modifiche e integrazioni) e dal Contratto di Ingresso e dalla Carta dei Servizi.

Tali documenti prevedono che in caso di assenza temporanea della durata di massimo 15 giorni, l'Ospite ha diritto al mantenimento del posto letto versando la retta giornaliera stabilita.

L'ospite viene invitato dalla Fondazione a non trattenere oggetti di valore o denaro. In caso contrario, la Direzione non si assume alcuna responsabilità in caso di furto o di smarrimento; la Fondazione, infatti, risponde esclusivamente dei beni personali dati in custodia alla stessa.

Pr. 1 Fase C	INGRESSO IN STRUTTURA
ATTORI	Direttore Generale, Direttore Sanitario, Medico di reparto, Addetto URP Infermiere/OSS
NORMATIVA di RIFERIMENTO	Legge Reg. 3/2008 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.- DGR. 7435/2001 - DGR 12618/2003 – DGR 1185/2013 - DGR 4980/2013 - DGR 1175/2014 - DGR 2569/2014
PROCEDURE, PROTOCOLLI e REGOLAMENTI di RIFERIMENTO	Codice Etico – Carta dei Servizi - Regolamento per l'accesso in RSA - Contratto d'Ingresso - Procedura n. 7/21.10.2012 "Protocollo per l'ingresso di un paziente in RSA/Sollievo"
RISCHIO	Corruzione, Concussione. Truffa per trattamento assistenziale-sanitario privilegiato. Violazione della Privacy per aver fornito informazioni dell'ospite senza la relativa autorizzazione
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	Origine del rischio: interna/esterna -Probabilità che si verifichi: media Entità del danno: Alta - Rischio: Critico

OGGETTO E SCOPO, CAMPO DI APPLICAZIONE

Il processo è relativo ai servizi sanitari e assistenziali che la Fondazione garantisce ai propri ospiti presso il reparto di RSA. Sei sono le fasi analizzate nella scheda di sintesi:

Fase A: Accoglienza dell'ospite

Fase B: Gestione sanitaria e assistenziale dell'ospite

Fase C: Attività di Animazione

Fase D: Rapporti con l'ospite ed i suoi familiari

Fase E: Dimissione, permessi, Decesso

Fase F: Tenuta del Fascicolo Socio Assistenziale Fa.S.As.

Il Modello Organizzativo si applica alle attività che sono svolte da tutti i soggetti individuati e coinvolti in tale processo.

PROCESSO 2	ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA IN RSA
FASE A	ACCOGLIENZA DELL'OSPITE

DESCRIZIONE E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'.

L'accoglienza viene effettuata dagli Operatori in servizio (Infermieri, ASA, OSS), i quali effettueranno le seguenti operazioni:

- compilazione della scheda di valutazione infermieristica, completa di: dati anagrafici, recapiti telefonici, ed indirizzi dei parenti di riferimento; notizie anamnestiche remote e recenti di competenza;
- controllo e riporto, su apposita scheda grafica, dei principali parametri sanitari: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, Spo2, temperatura cutanea e se necessario peso corporeo;
- verifica della integrità cutanea e del controllo degli sfinteri;
- valutazione delle capacità residue (ADL residue);

Ai famigliari si chiederanno notizie anamnestiche (raccolta documentazioni cliniche in loro possesso), farmaci che assume abitualmente, condizioni fisiche attuali (se mangia da solo, il grado di autosufficienza fisica, abitudini, comportamento, condizioni psichiche ecc.).

Pr. 2 Fase A	ACCOGLIENZA DELL'OSPITE
ATTORI	Infermiere, Coordinatore Infermieristico Asa/Oss
NORMATIVE DI RIFERIMENTO	Legge Reg. 3/2008 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.- DGR. 7435/2001 - DGR 12618/2003 – DGR 1185/2013 - DGR 4980/2013 - DGR 1175/2014 - DGR 2569/2014
PROCEDURE, PROTOCOLLI e REGOLAMENTI di RIFERIMENTO	Codice Etico, Carta dei Servizi, Contratto di ingresso Procedura n. 7/21.10.2012 "Protocollo per l'ingresso di un paziente in RSA/Sollievo"
RISCHI	Violazione della privacy
VALUTAZIONI DEL RISCHIO	Origine del rischio: interna - Probabilità che si verifichi: bassa Entità del danno: medio - Rischio accettabile

PROCESSO 2	ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA IN RSA
FASE B	GESTIONE SANITARIA e ASSISTENZIALE DELL'OSPITE

DESCRIZIONE E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'

Il Medico di Reparto esegue, possibilmente nell'arco della giornata, le seguenti operazioni:

- visita medica accurata del paziente, raccolta delle notizie anamnestiche di competenza, prescrizione della terapia, degli esami ematochimici e diagnostici, dell'esame ECG, delle eventuali indagini radiologiche, o eventuali consulenze specialistiche ritenute necessarie.

Il Fisioterapista referente della RSA effettua la valutazione di competenza per verificare l'eventuale necessità di cure riabilitative.

L'Educatrice prende conoscenza del paziente e dei familiari, e lo inserirà nei suoi programmi di lavoro.

Se necessario viene coinvolta la Dietista Nutrizionista.

Il personale di reparto, man mano che prende servizio anche nei turni successivi, è tenuto a presentarsi al nuovo ospite secondo la propria qualifica ed a instaurare un rapporto di cordialità e disponibilità, aiutandolo a superare i primi momenti di inevitabile disagio.

Il fascicolo sanitario contiene dati sensibili e raccoglie tutte le informazioni richieste dalla normativa regionale ai fini dell'accreditamento istituzionale. Tale fascicolo contiene la cartella clinica redatta dal medico, le schede S.O.S.I.A., le schede PAI, la cartella infermieristica, la cartella fisioterapia e infine le schede relative all'assistenza ed all'animazione.

Sulla base delle indicazioni mediche e dell'eventuale visita fisiatrica, della valutazione dei problemi motori e neurologici, viene concordato l'intervento riabilitativo (in palestra, a letto, individuale o di gruppo).

La scheda riabilitativa, con gli strumenti di valutazione applicati, riassume questa prassi.

Il PAI viene formulato entro la prima settimana di degenza, coinvolgendo nell'equipe le figure di infermiere, fisioterapista, animatrice e OSS di reparto e condividendolo con i familiari. Il PAI viene mediamente aggiornato ogni 6 mesi o prima in caso di necessità.

Il fascicolo sanitario viene conservato nella guardiola di nucleo all'interno di un armadio chiuso a chiave. Le consegne, da un turno all'altro, tra medici ed infermieri avvengono a giro visita mentre tra infermieri e OSS è previsto un momento formale di passaggio consegna a fine turno tra chi smonta e chi entra in servizio.

La presenza del medico è garantita nella fascia diurna e pomeridiana. Nelle ore notturne (fascia oraria 21,00/7,00) e nei giorni festivi è garantita la pronta disponibilità da parte degli stessi medici interni. Il servizio infermieristico è garantito dalle ore 7,00 alle ore 21,00, mentre di notte è presente l'OSS.

In caso di visite ed esami presso altre strutture, il Coordinatore di Reparto prenota sia la visita che il trasporto. I costi degli esami/visite sono a carico della Struttura a meno che vi sia una richiesta specifica da parte della famiglia che pertanto se ne accolla i costi. Il trasporto presso altre strutture avviene a cura di una società privata in possesso dei requisiti previsti dalla normativa regionale, con la quale è in essere una convenzione.

La prescrizione della terapia farmacologica è effettuata di norma in forma scritta.

Nel caso in cui non sia possibile viene seguita la procedura "Chiamata dei Medici in orari di Reperibilità".

L'infermiera Coordinatrice coordina l'attività degli infermieri e del personale socio-assistenziale, sia per la Rsa che per l'IDR. Egli predispone i piani di lavoro nell'ambito delle direttive impartite dal medico responsabile del reparto e dal Dirigente Sanitario.

La figura di coordinamento in collaborazione con gli ASA/OSS, ha il compito di:

- controllare l'applicazione dei protocolli, delle linee guida e delle procedure;

- segnalare tempestivamente alla Direzione eventuali situazioni anomale che si verificano nel settore dell'assistenza circa il personale, gli ospiti ed i loro parenti;
- valutare e verificare la qualità assistenziale.

Le attività assistenziali sono effettuate dal personale OSS e ASA, in possesso dell'apposito attestato rilasciato da enti formativi riconosciuti dalla Regione Lombardia alla conclusione di uno specifico iter di formazione professionale.

Tali figure provvedono al soddisfacimento dei bisogni primari e contribuiscono al soddisfacimento di quelli secondari dell'ospite in collaborazione con lo staff sanitario.

I turni di lavoro degli ASA/OSS sono redatti dalla Direzione Sanitaria e possono aggiornati dalla Coordinatrice Infermieristica in caso di assenze non programmate o concessione di permessi per cambio turno.

Sinteticamente il lavoro di un ASA/OSS si svolge nel seguente modo: una volta iniziato il proprio turno prende visione delle consegne, alza i pazienti che le sono stati assegnati, effettua le cure igieniche ed i bagni in vasca, somministra i pasti ed aiuta l'ospite qualora non sia in grado autonomamente di mangiare, provvede al riordino della sala da pranzo e delle stanze, e infine mette a letto l'anziano.

Pr. 2 Fase B	GESTIONE SANITARIA e ASSISTENZIALE DELL'OSPITE
ATTORI	Direttore Generale Direttore Sanitario Medico di reparto Infermiere/Infermiera Coordinatrice. ASA/OSS Educatrice Fisioterapista Dietista Nutrizionista
NORMATIVE DI RIFERIMENTO	Legge Reg. 3/2008 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.- DGR. 7435/2001 - DGR 12618/2003 – DGR 1185/2013 - DGR 4980/2013 - DGR 1175/2014 - DGR 2569/2014
PROCEDURE, PROTOCOLLI e REGOLAMENTI di RIFERIMENTO	Codice Etico, Carta dei Servizi, Contratto di Ingresso. Documento Valutazione Rischi Procedura 1 “Emergenze organizzative”. Procedura 2 “Chiamata dei medici in orari di reperibilità”. Procedura 3 “Ordine di Servizio” Procedura 4 “Emergenze sanitarie cliniche”. Procedura 5 “Emergenze sanitarie tecnologiche”. Procedura 6 “Protocollo per l'impiego delle soluzioni chimiche, detergenti, disinfettanti, antisettiche”. Procedura 7 “Protocollo per l'ingresso di un paziente in RSA/Sollievo”. Procedura 8 “Protocollo per la raccolta differenziata di rifiuti”. Procedura 9 “Protocollo per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da compressione /da decubito). Procedura 11 “Protocollo per il trasporto di materiali infettivi e di campioni diagnostici”. Procedura 12 “Protocollo per posizionamento del paziente emiplegico” <i>Procedura 13 “Linea guida per l'utilizzo dei mezzi di protezione e tutela dell'utente ricoverato”.</i> Procedura 14 “Protocollo per la somministrazione degli alimenti e delle bevande”. Procedura 15 “Protocollo sulla disfagia”. Procedura 16 “Protocollo per il trattamento dell'incontinenza”. Procedura 17 “Protocollo per l'aspirazione tracheo-bronchiale”. Procedura 18 “Protocollo per l'igiene personale nel rispetto della

	<p>riservatezza”.</p> <p>Procedura 19 “Protocollo per la gestione dei farmaci stupefacenti”.</p> <p>Procedura 20 “Protocollo operativo per la compilazione della documentazione sanitaria (FaSAS)”.</p> <p>Procedura 21 “Protocollo per la prevenzione, protezione e gestione delle cadute”.</p> <p>Procedura 24 “Protocollo d’uso dei dispositivi di erogazione dell’ossigeno medicale ed uso terapeutico dell’ossigeno.</p> <p>Procedura 25 “Regolamento Camere Ardentì”.</p> <p>Procedura 26 “Protocollo operativo per l’utilizzo di soluzioni concentrate di Potassio”.</p> <p>Procedura 27 “Procedura da adottare in caso di infortunio a rischio biologico”.</p> <p>Procedura 28 “Procedura Segnalazione Reazione Avversa da Farmaci”.</p> <p>Procedura 29 “Procedura per contenere il rischio legato alla movimentazione manuale dei pazienti e all’assunzione di posture incongrue”.</p> <p>Procedura 31 “Check list cartella clinica”.</p> <p>Procedura 32 “Protocollo sulla gestione dei farmaci e dispositivi medici”.</p> <p>Procedura 33 “Protocollo gestione del Rischio Clinico”.</p> <p>Procedura 34 “Protocollo rilevazione e valutazione del dolore”</p> <p>Istruzione Operativa 35 “Prevenzione della diffusione delle infezioni ospedaliere ed uso dei DPI con particolare riferimento a Clostridium Difficile”.</p> <p>Istruzione Operativa 36 “Prelievo venoso periferico, iniezioni endovenose, fleboclisi”.</p> <p>Istruzione Operativa 37 “Gestione del sondino naso-gastrico e delle infusioni per nutrizione enterale”.</p> <p>Istruzione Operativa 38 “Le iniezioni intramuscolari”.</p> <p>Istruzione Operativa 39 “Medicazione di una ferita chirurgica”.</p> <p>Istruzione Operativa 40 “Trasfusione di Sangue ed Emoderivati”.</p> <p>Procedura 41 “Valutazione e Monitoraggio di Idratazione e Stato Nutrizionale”.</p> <p>Istruzione Operativa 42 “Registri delle Infezioni Nosocomiali e delle Contenzioni”</p> <p>Procedura 43 “Detersione ambienti e materiali, detersione e manipolazione effetti letterecchi, svuotamento contenitori liquidi organici</p> <p>Procedura 44 “Consenso Informato nei pazienti non in grado di esprimersi autonomamente”.</p> <p>Procedura 45 “Procedura per l’esecuzione di clisma evacuativo, pulizia del cavo orale, cateterismo vescicale”.</p>
RISCHI	<p>Omicidio colposo</p> <p>Lesioni personali colpose</p> <p>Corruzione</p> <p>Violazione della Privacy</p>
VALUTAZIONE RISCHI	<p>Origine: interna/esterna - Probabilità: media</p> <p>Entità: alta - Rischio Critico</p>

PROCESSO 2	ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA IN RSA
FASE C	ATTIVITA' di ANIMAZIONE

DESCRIZIONE E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'

Il servizio di animazione è erogato, di norma, dal lunedì al sabato, secondo la programmazione settimanale definita. La Fondazione dispone di un animatrice sociale in possesso di idoneo titolo di studio, coadiuvata nella sua attività anche dai volontari aderenti all'associazione Croce Rossa Italiana e AVO.

L'animatore redige annualmente il "Piano educativo di animazione in RSA", organizzando una programmazione costituita da interventi di animazione socio-culturale e collaborando con le varie professioni dei diversi ambiti di competenza per sostenere attività in rete. Anche l'animatore aggiorna per la sua parte la cartella dell'utente. Tra le varie attività organizzate vanno ricordate la tombola, l'atelier di cucina, il cinema e la lettura giornale. L'animatore risponde, inoltre, al Direttore Generale delle eventuali anticipazioni di denaro contante che possono venire assegnate per il disbrigo delle piccole spese inerenti le attività di animazione. Per richiedere il denaro contante la prassi da seguire è la seguente: viene fatta una richiesta per iscritto per acquisti con un minimo di rilevanza economica alla direzione in base ad un budget annuale previsto. Dopo aver effettuato gli acquisti, l'animatore presenta all'economista gli scontrini/fatture della merce acquistata e restituisce l'eventuale somma di denaro rimanente.

Pr. 2 Fase C	ATTIVITA' DI ANIMAZIONE
ATTORI	Animatrice Provveditore Economo Infermiere ASA/OSS Volontari
DISPOSIZIONI E NORMATIVA DI RIFERIMENTO	Legge Reg. 3/2008 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.- DGR. 7435/2001 - DGR 12618/2003 - DGR 4980/2013 - DGR 1175/2014 - DGR 2569/2014 Legge Reg. 3/2008 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.- DGR. 7435/2001 - DGR 12618/2003 – DGR 1185/2013 - DGR 4980/2013 - DGR 1175/2014 - DGR 2569/2014
PROCEDURE, PROTOCOLLI e REGOLAMENTI di RIFERIMENTO	Carta dei Servizi – Codice Etico. Piano Educativo di animazione in RSA, Schede Elenco progetti e valutazione dei Risultati.
RISCHIO	Furto di denaro Truffa
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	Origine: interna - Entità: media Probabilità: bassa - Rischio Accettabile

PROCESSO 2	ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA IN RSA
FASE D	RAPPORTI CON L'OSPITE ED I SUOI FAMILIARI

DESCRIZIONE E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'

I rapporti con i familiari degli ospiti rappresentano una fase estremamente delicata. Le relazioni con i parenti devono essere improntate alla massima disponibilità per fornire informazioni ed attivare meccanismi interpersonali adeguati alla situazione. I familiari dell'ospite hanno diritto ad essere messi al corrente dai medici dell'evoluzione delle condizioni di salute del loro anziano. I sanitari nelle loro comunicazioni sono tenuti a rispettare la legge sulla privacy (D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.). La filosofia della Fondazione è di tenere costantemente informati i parenti degli ospiti che hanno diritto ad essere informati circa gli accertamenti programmati ed i motivi per cui sono richiesti.

Le visite possono svolgersi ogni giorno dalle ore 8,00 alle 20,00.

In casi particolari è possibile concordare la permanenza di un familiare anche in altri orari. E' possibile contattare telefonicamente il proprio familiare ricoverato nella R.S.A. dalle ore 9,00 alle 19,00 attraverso il seguente n° telefonico: 0376 58003 seguendo poi le indicazioni registrate.

Per i famigliari degli ospiti è possibile presentare reclami sia in modo informale che formale. In quest'ultimo caso deve essere compilato un apposito modulo prestampato, allegato anche alla Carta dei Servizi.

Annualmente viene distribuito il questionario per la rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza (ospiti e famigliari/caregivers). I report relativi all'elaborazione dei questionari vengono esposti in Reparto, pubblicati sul sito Web della Fondazione ed inviati all'ASL. Gli stessi vengono anche analizzati nel corso di un incontro appositamente organizzato con i famigliari.

Pr. 2 Fase D	RAPPORTI CON L'OSPITE ED I SUOI FAMILIARI
ATTORI	Direttore Generale Direttore Sanitario Addetto Ufficio URP Medico Infermiere
NORMATIVE DI RIFERIMENTO	Legge Reg. 3/2008 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.- DGR. 7435/2001 - DGR 12618/2003 – DGR 1185/2013 - DGR 4980/2013 - DGR 1175/2014 - DGR 2569/2014
PROCEDURE, PROTOCOLLI e REGOLAMENTI di RIFERIMENTO	Carta dei Servizi, Codice Etico. Procedura per “la rilevazione, elaborazione e valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza”.
RISCHI	Violazione della privacy False comunicazioni
VALUTAZIONE DEI RISCHI	Origine: interna – Probabilità: bassa Entità: alta - Rischio Rilevante

PROCESSO 2	ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA IN RSA
FASE E	Dimissione, Permessi, Decesso

DESCRIZIONE E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'

Dimissione

Al momento della dimissione, il personale del reparto consegna ai familiari la Relazione di dimissione preparata dal medico responsabile del reparto. Tale relazione viene redatta su carta intestata dal medico responsabile del Reparto o dal Direttore Sanitario e consegnata in busta chiusa all'ospite o a un suo familiare mentre una copia viene conservata in cartella clinica.

Secondo il principio della Continuità dell'assistenza, la relazione di dimissione deve fornire al paziente e al medico di medicina generale (o medico di fiducia della persona assistita), tutte le informazioni necessarie per conoscere lo stato di salute, i trattamenti effettuati, l'eventuale necessità di trattamenti successivi e le indicazioni sul proseguimento del percorso assistenziale, Il dettaglio delle informazioni inerenti il ricovero ed il post-ricovero da riportare nella lettera può variare in base alla tipologia del quadro clinico della persona assistita.

In particolare, nella lettera è consigliabile siano indicati:

- controlli prevedibili, modalità di esecuzione e di organizzazione
- rientri per proseguimento delle cure
- terapie mediche da eseguirsi a domicilio, accompagnandole con eventuale prescrizione diretta nel caso in cui la persona assistita sia impossibilitata a contattare in giornata il proprio medico di medicina di medicina generale
- stile di vita e/o dieta da seguire
- presenza di particolari condizioni ed indicazione per la loro gestione (es. catetere venoso centrale, nutrizione artificiale, catetere vescicale ecc.)
- presenza di lesioni da decubito, di stomie e di fistole, specificando i trattamenti svolti e che devono essere proseguiti a domicilio
- necessità di assistenza infermieristica domiciliare
- avvenuta prescrizione di presidi, nonché se del caso, certificazione per esenzione ticket per patologia e certificazione ad uso invalidità civile.

Nel caso di trasferimento ad altra struttura ospedaliera, la relazione di dimissione deve fornire indicazioni sui motivi dell'ospedalizzazione, sul processo di diagnosi e cura attuato, sui risultati significativi evidenziati, sulle condizioni della persona assistita e, infine, sulle terapie in corso.

La chiusura del FaSAs è effettuata nel più breve tempo possibile dopo la dimissione, compatibilmente col tempo necessario per raccogliere i referti degli esami effettuati nel corso del ricovero, ma non ancora pervenuti al momento della dimissione, e per la compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

La chiusura comporta anche l'ordinamento cronologico per tipo di documentazione delle parti costituenti la cartella clinica. L'eventuale documentazione sanitaria pervenuta successivamente alla chiusura del FaSAs, dopo la presa visione da parte del medico responsabile delle cure, è trasmessa in archivio ed allegata al Fascicolo.

Infine, all'anziano o al familiare, al momento delle dimissioni dalla Fondazione, viene consegnata la documentazione sanitaria prodotta all'ingresso, il vestiario e gli effetti personali.

I familiari, infine, ritirano presso l'Ufficio URP i documenti personali dell'anziano consegnati all'ingresso.

Nel caso di dimissioni la Fondazione deve dare tempestiva comunicazione scritta ai competenti uffici dell'ASL e del Comune di residenza dell'anziano affinché la dimissione avvenga in forma assistita.

Permessi di uscita

L'uscita per un lasso di tempo medio-breve viene sempre autorizzata dal medico Responsabile del reparto e dietro presentazione di una richiesta scritta firmata da un familiare che se ne assume la responsabilità. Qualora il familiare non sia persona nota alla Struttura viene richiesto di esibire un

documento di identità.

Il permesso deve specificare l'ora di uscita/rientro. Qualora l'anziano intenda assentarsi dalla Struttura per più giorni, oltre alla compilazione del permesso, viene consegnato al familiare la fotocopia dello schema della terapia farmacologica e consegnati i farmaci di cui necessita l'ospite per il periodo indicato.

Decesso

In caso di decesso i familiari, quando non presenti, ricevono immediata comunicazione dalla Fondazione.

Solo il personale infermieristico ed, in assenza di quest'ultimo, il medico può rimuovere drenaggi, cateteri, sonde. La salma deve essere posizionata sulla barella con il corpo supino, senza cuscino, con le braccia stese allineate al corpo ed i piedi uniti. Gli operatori devono utilizzare il contenitore per rifiuti speciali per eliminare garze/cotone utilizzati per tamponare.

La vestizione del defunto viene eseguita direttamente da un operatore della Fondazione.

L'orario di apertura delle camere ardenti – che sono due - è dalle ore 8.00 alle 20.00 tutti i giorni ed è necessario rivolgersi al personale di reparto per ricevere le chiavi di accesso al locale.

La scelta della Agenzia di pompe funebri è a carico della famiglia del defunto, in quanto la Fondazione non ha stipulato accordi né effettuato appalti di servizi funerari.

Il personale della Fondazione pertanto deve astenersi da qualsiasi indicazione atta a indirizzare la scelta della famiglia.

I documenti sanitari relativi al decesso vengono compilati dal Medico presente e trasmessi ai competenti uffici A.S.L. e comunali dall'Ufficio URP/Accettazione della Fondazione.

Pr. 2 Fase E	DIMISSIONI, PERMESSI, DECESSO
ATTORI	Direttore Sanitario Medico Coordinatore infermieristico Infermiere OSS
NORMATIVE DI RIFERIMENTO	Legge Reg. 3/2008 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.- DGR. 7435/2001 - DGR 12618/2003 – DGR 1185/2013 - DGR 4980/2013 - DGR 1175/2014 - DGR 2569/2014
PROCEDURE, PROTOCOLLI e REGOLAMENTI di RIFERIMENTO	Carta dei Servizi, Codice Etico, Contratto di Ingresso. Procedura 20 “Protocollo operativo per la compilazione della documentazione sanitaria (FaSAs)” – Procedura 25 “Regolamento Camere Ardenti” – Circolare DS prot. 1281/2011 - Procedura 31”Check list Cartella Clinica” -
RISCHI	Corruzione Violazione Privacy
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	Origine: interna/esterna - Probabilità: media Entità: Alta - Rischio Critico

PROCESSO 2	ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA IN RSA
FASE F	Tenuta del Fascicolo Sanitario Assistenziale (FaSAs) e Accesso

DESCRIZIONE E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'

Il FaSAs è soggetto alla tutela del segreto professionale e d'ufficio. La Direzione sanitaria definisce, documenta e rende attuabili le procedure di controllo sulla corretta tenuta e conservazione del FaSAs.

Sono previste procedure di controllo sulla tenuta e conservazione del FaSAs al fine di rilevare eventuali mancanze della compilazione.

I professionisti sanitari che possono compilare iol FaSAs sono il medico, l'infermiere, il fisioterapista, gli OSS, l'educatrice, la logopedista, la dietista nutrizionista.

Il FaSAs deve essere identificato con:

- dati di identificazione della persona assistita (Cognome e nome, sesso, data e Comune di nascita, stato civile, Comune di residenza, Cittadinanza, Codice fiscale e Regione di residenza, religione, professione e titolo di studio, persone /Strutture di riferimento, ministro del culto e medico di Medicina Generale).

- dati amministrativi di apertura del ricovero (regime di ricovero, data e ora di ricovero, Reparto, provenienza dell'utente, tipo di ricovero e precedenti ricoveri, documenti clinici personali consegnati o ritirati).

Il FaSAs deve contenere anche eventuali esami eseguiti in pre-ricovero, i quali sono a tutti effetti parte integrante del fascicolo. L'anamnesi (sociale, familiare, prossima e remota) deve essere orientata all'identificazione dei problemi attivi ed inattivi in relazione con l'episodio attuale di malattia e deve permettere l'identificazione di altri aspetti (sociali e psicologici) utili all'inquadramento generale del paziente ed alla identificazione dei suoi bisogni complessivi.

La motivazione del ricovero identifica in modo chiaro e dettagliato i problemi attuali del paziente (diagnosi, terapia, bisogni assistenziali) in modo da orientare l'inquadramento clinico.

Il Direttore sanitario ha la responsabilità di vigilare sulla puntuale applicazione della disciplina di accesso alla documentazione sanitaria da parte degli aventi diritto e di rilascio di copie, estratti e di ogni altra certificazione sanitaria, desumibile dagli atti conservati, riguardante le persone assistite.

Hanno diritto alla consultazione ed al rilascio di copia della cartella in toto o in parte od al rilascio di estratti della stessa:

- la persona assistita, a cui la documentazione si riferisce, in via diretta o per il tramite degli esercenti la potestà o la tutela, se di maggiore età ma incapace di intendere o volere
- l'amministratore di sostegno e/o persone diverse dall'interessato, dal medesimo delegate.

In caso di decesso della persona a cui la documentazione si riferisce, sono legittimati all'accesso:

- il coniuge ed i figli, i genitori, i fratelli, i parenti fino al 6° grado in casi di decesso.
- L'Autorità Giudiziaria o suoi delegati, che possono anche disporre l'acquisizione dell'originale.
- L'INAIL, relativamente ai ricoveri conseguenti ad infortuni sul lavoro o malattie professionali dei suoi assicurati.
- L'INPS, limitatamente all'erogazione di prestazioni correlate alla tubercolosi.
- Enti che abbiano per fine statutario, normativamente previsto, la raccolta di dati personali sensibili per finalità epidemiologiche (es.: registri tumori, etc.).
- Pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio, nell'espletamento delle loro funzioni per ragioni di ordine sanitario o amministrativo (es. l'equipe ASL in occasione dei sopralluoghi di vigilanza relativamente ai controlli di appropriatezza)
- Professionisti sanitari per documentati, rilevanti scopi clinici, di ricerca e didattica, di volta in volta vagliati dalla Direzione sanitaria.
- La Direzione sanitaria per scopi di verifica, ricerca e didattica.
- L' Azienda che detiene la documentazione e presso cui la stessa è stata generata, se convenuta in giudizio o altrimenti chiamata a rispondere per danni.

La Direzione sanitaria valuterà, di volta in volta, la sussistenza di diritto di accesso ai sensi del

Decreto Legislativo 196/2003 e s.m.i. a seguito di richieste provenienti non da esercente legale di potestà o tutela nonché delle richieste aventi a motivazione la difesa di un diritto.

La copia del FaSAs deve essere rilasciata nel più breve tempo possibile. La domanda va presentata all'URP e visionata dal Direttore Sanitario. Una volta effettuata la verifica, se nulla osta in termini di privacy, la copia viene rilasciata dietro pagamento di un corrispettivo annualmente definito.

Qualora di una cartella sia stato disposto sequestro, si applicano le disposizioni dell'art. 258 del Codice di Procedura Penale.

Pr. 2 Fase F	TENUTA DELLA CARTELLA CLINICA E ACCESSO
ATTORI	Direttore Generale Direttore Sanitario Medico Fisioterapista Infermiere Dietista OSS
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	Legge Reg. 3/2008 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.- DGR. 7435/2001 - DGR 12618/2003 – DGR 1185/2013 - DGR 4980/2013 - DGR 1175/2014 - DGR 2569/2014 - Codice di Procedura Penale (art. 258)
PROCEDURE, PROTOCOLLI e REGOLAMENTI di RIFERIMENTO	Carta dei servizi, Codice Etico- Procedura 20 “Protocollo operativo per la compilazione della documentazione sanitaria (FaSAs)” – Procedura 31 “Check list Cartella Clinica” -
RISCHI	Violazione della Privacy Corruzione
VALUTAZIONE DEI RISCHI	Origine del rischio: interna/esterna - Probabilità: media Entità: alta - Rischio Critico

OGGETTO E SCOPO, CAMPO DI APPLICAZIONE

Il ricovero di sollievo è una tipologia di ricovero temporaneo rivolto generalmente agli anziani che vengono assistiti al proprio domicilio. L'obiettivo è quello di concedere alla famiglia o al care giver che assiste l'anziano al proprio domicilio un periodo di riposo.

Generalmente le categorie di persone a cui sono rivolti i ricoveri di sollievo sono:

- gli anziani non autosufficienti abitualmente assistiti in famiglia che per motivate esigenze della famiglia necessitano di periodi brevi di recupero in strutture protette;
- gli anziani in situazioni di bisogno socio-sanitario in attesa della predisposizione di un appropriato programma assistenziale;
- gli anziani dimessi da strutture ospedaliere o da un I.D.R. e non immediatamente assistiti a domicilio che necessitano di convalescenza e/o riabilitazione.

La Direzione Sanitaria decide in modo insindacabile l'appropriatezza e l'accogliabilità della domanda. Il ricovero di sollievo può durare fino ad un massimo di due mesi prorogabile per ulteriori trenta giorni qualora sia disponibile il posto letto ed in assenza di altre domande per tali posti, sulla base del Pai (Piano di assistenza individuale) redatto e delle richieste dell'Ospite.

Il ricovero di sollievo non è un servizio accreditato, ma in regime di autorizzazione da parte dell'ASL. Pertanto, i degenti mantengono il loro medico di Medicina Generale e l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale.

La retta è interamente a carico del degente/famiglia/terzi garanti. La quota della retta viene stabilita ogni anno dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione sulla base dei costi di gestione. L'ospite è tenuto al pagamento della retta dalla giornata di ingresso e per tutto il periodo di degenza, esclusa la giornata della dimissione.

Sul processo in oggetto è stata condotta l'Analisi dei rischi che ha individuato comportamenti che possono condurre non solo a un potenziale contrasto con i valori etici posti a fondamento della Fondazione, ma anche portare alla commissione di reati previsti dalla Decreto Legislativo 231/2001 e le sue successive modifiche e integrazioni.

Il Modello Organizzativo si applica alla fase di presentazione della domanda di ricovero ed alle modalità di accesso ed ai servizi che vengono garantiti dalla Struttura.

PROCESSO 3	RICOVERO di SOLLIEVO
FASE A	Presentazione della domanda

DESCRIZIONE E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'

La domanda di ricovero di sollievo deve essere redatta su apposito modulo (reperibile presso l'URP) e presentata all'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

La direzione Sanitaria decide in modo insindacabile l'appropriatezza e l'accogliibilità della domanda.

Le domande vengono valutate secondo i criteri utilizzati per la RSA. In presenza di una pluralità di richieste per uno stesso periodo viene redatta una graduatoria.

Le comunicazioni avvengono telefonicamente e in caso di posto libero l'assegnazione avviene il giorno successivo.

La durata del ricovero di sollievo è al massimo di 60 giorni sulla base del Pai (Piano di assistenza individuale) redatto e delle richieste dell'Ospite che può subire una proroga di ulteriori 30 giorni qualora sia disponibile il posto letto ed in assenza di altre domande per tali posti.

Pr. 3 Fase A	Presentazione della domanda
ATTORI	Direttore Sanitario Medico di reparto Addetto URP
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	Legge Reg. 3/2008 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.- DGR. 7435/2001 - DGR 12618/2003 – DGR 1185/2013 - DGR 4980/2013 - DGR 1175/2014 - DGR 2569/2014
PROCEDURE, PROTOCOLLI e REGOLAMENTI di RIFERIMENTO	Carta dei Servizi, Codice Etico, Contratto d'Ingresso. Procedura 7 "Protocollo per l'ingresso di un paziente in RSA/Sollievo – Tutte le procedure/protocolli assistenziali già elencati nel Processo 2.
RISCHIO	Corruzione/Truffa per informazioni inesatte o incomplete, alterazione della domanda o mancata chiamata per il ricovero a chi presenta idonei requisiti Furto della domanda
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	Origine del rischio: esterna/interna Probabilità che si verifichi:bassa Entità del danno:Alta Rischio: Rilevante

PROCESSO 3	RICOVERO di SOLLIEVO
FASE B	Servizi garantiti e Accesso

DESCRIZIONE E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'

Il ricovero di sollievo non è un servizio accreditato, ma in regime di autorizzazione da parte dell'ASL. Pertanto, i degenti mantengono il loro medico di Medicina Generale e l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale. Non sono a carico della Fondazione i seguenti servizi: fornitura farmaci, parafarmaci, visite specialistiche ed esami diagnostici di laboratorio. Inoltre, restano esclusi: ausili per incontinenti, presidi sanitari, protesi (es. occhiali, dentiere, arti artificiali) e la carrozzina per infermi personalizzate.

I servizi garantiti al ricoverato dalla Fondazione sono i seguenti:

- assistenza di base
- assistenza alberghiera
- assistenza medico-infermieristica
- fisioterapia
- animazione
- servizio religioso
- servizio di trasporti sociali e sanitari durante la degenza (escluso trasporto di arrivo e di dimissione)
- servizio di lavanderia, limitatamente all'abbigliamento che non necessita di lavaggio a secco

La retta è interamente a carico del degente/famiglia/terzi garanti. La quota della retta viene stabilita ogni anno dal Consiglio di amministrazione della Fondazione in base ai costi di gestione. E' prevista una cauzione pari a € 500,00 che deve essere versata sul conto corrente bancario della Fondazione al momento dell'ingresso. La cauzione viene restituita o conguagliata con la fattura riguardante la retta dell'ultimo mese di degenza. L'importo della retta viene addebitato con frequenza mensile ed il saldo deve essere versato entro il giorno 15 del mese successivo rispetto a quello di riferimento.

Se il degente o la sua famiglia assume la decisione di lasciare il ricovero di sollievo anticipatamente rispetto al periodo concordato, deve dare un preavviso scritto di almeno cinque giorni.

Pr. 3 Fase B	Servizi garantiti e Accesso
ATTORI	Medico di reparto Infermieri, Coordinatrice Infermieristica Fisioterapista Animatrice A.S.A./OSS
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	Legge Reg. 3/2008 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.- DGR. 7435/2001 - DGR 12618/2003 – DGR 1185/2013 - DGR 4980/2013 - DGR 1175/2014 - DGR 2569/2014
PROCEDURE, PROTOCOLLI e REGOLAMENTI di RIFERIMENTO	Carta dei Servizi, Codice Etico, Contratto d'Ingresso. Tutte le procedure/protocolli assistenziali già elencati nel Processo 2.
RISCHIO	Corruzione Concussione Truffa
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	Origine del rischio: interna/esterna Probabilità che si verifichi: media Entità del danno: alta Rischio: Critico

OGGETTO E SCOPO, CAMPO DI APPLICAZIONE

I prodotti farmaceutici dovranno essere scelti e acquisiti a livello aziendale tenendo conto della loro sicurezza, privilegiando i prodotti con una maggiore identificabilità e limitando, per quanto possibile, i prodotti che per confezionamento e dosaggi possono favorire lo scambio tra farmaci simili.

L'entità delle scorte presente deve essere correlata alle esigenze e agli effettivi consumi dei reparti. La gestione della farmacia viene effettuata dall'infermiere e dall'ASA preposti con la supervisione, in particolare per quanto concerne la parte normativa, del Farmacista Consulente.

La gestione dei Farmaci è interamente regolata dalla Procedura n. 32 "Protocollo sulla gestione dei farmaci ed ei dispositivi medici", alla quale si rinvia per l'individuazione delle diverse fasi e responsabilità.

Il Protocollo è articolato nelle sezioni e fasi sotto riportate.

Evasione delle richieste di Reparto

- Scopo e campo di applicazione
- Responsabilità
- Modalità operative (Richiesta del reparto, valutazione delle richieste, consegna del materiale al reparto, archiviazione).

Conservazione/gestione dei farmaci e dei dispositivi medici

- Controllo scadenza
- Criteri generali di conservazione
- Gestione delle soluzioni elettrolitiche concentrate
- Gestione dei farmaci LASA
- Controllo e gestione dei farmaci stupefacenti
- Farmaci/Dispositivi di proprietà dei pazienti
- Controllo Frigorifero Farmaci
- Ispezioni periodiche del Responsabile del servizio Farmacia presso i reparti
- Controllo carrello della terapia e della medicazione
- Controllo carrello delle urgenze
- Prescrizione medica e trascrizione infermieristica
- Preparazione e somministrazione.

Processo 4	Gestione Farmaci
ATTORI	Direttore Sanitario Medici di Reparto Infermieri, Coordinatrice Infermieristica ASA referente della farmacia Farmacista Consulente
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	Legge Reg. 3/2008 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.- DGR. 7435/2001 - DGR 12618/2003 – DGR 1185/2013 - DGR 4980/2013 - DGR 1175/2014 - DGR 2569/2014 – Codice Civile, Codice Penale
PROCEDURE, PROTOCOLLI e REGOLAMENTI di RIFERIMENTO	Carta dei servizi, Codice etico, contratto di ingresso. Procedura 32 ""Protocollo sulla gestione dei farmaci ed ei dispositivi medici""
RISCHI	Furto, truffa, Corruzione Omicidio colposo, Lesioni personali colpose
VALUTAZIONE DEI RISCHI	Origine del rischio: interna/esterna - Probabilità:alta Entità: alta – Rischio Critico

OGGETTO E SCOPO, CAMPO DI APPLICAZIONE

L'Unità Organizzativa di Cure Intermedie accoglie complessivamente cinquanta posti di degenza, dei quali venti riservati alla riabilitazione di mantenimento e i rimanenti trenta alla riabilitazione generale e geriatrica.

L'U.O. è suddivisa su due piani e si articola in tre nuclei.

Il primo nucleo, Reparto C, è sito al 1° piano ed è destinato alla riabilitazione generale e geriatrica con 15 posti letto, il secondo nucleo, reparto D, è al 2° piano ed è sempre riservato alla riabilitazione generale e geriatrica con 15 posti letto. Infine, un terzo nucleo è posizionato al 2° piano – Reparto B – ed è destinato alla riabilitazione di mantenimento con 20 posti letto. All'interno della U.O. vengono effettuate tutte le attività e terapie previste nel Progetto riabilitativo individuale. Oltre ai medici della Struttura sono assicurate le prestazioni di Medici specialisti convenzionati dell'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" e dell' Ospedale di Suzzara" per diverse branche specialistiche.

L'accesso alle Cure Intermedie avviene attraverso la presentazione di un'apposita domanda su modulo prestampato che richiede informazioni sia in merito ai dati anagrafici del richiedente sia sulla sua situazione sanitaria/personale/familiare.

Il ricovero si effettua su prescrizione del Medico di Medicina Generale o di specialisti delle strutture di ricovero e cura autorizzate all'emissione di prescrizioni per il Servizio Sanitario Nazionale. Solo per quanto concerne il ricovero ordinario in riabilitazione generale e geriatrica l'accesso può avvenire anche dietro presentazione della prescrizione di medici delle RSA e RSD accreditate.

Nella seconda fase viene analizzato l'ingresso del neo degente. Va ricordato che la normativa prevede la presenza, oltre che il Direttore Sanitario, di un medico ogni 20 posti letto e l'assistenza infermieristica garantita è di almeno 100/120 minuti al giorno per degente e nel computo delle ore di assistenza il personale ASA/OSS può essere conteggiato per non oltre il 30% del totale.

Dopo l'analisi dei rischi il Gruppo di Lavoro ha formalizzato il Modello Organizzativo che costituisce lo strumento per ridurre l'incidenza dei rischi sul processo, in particolare di quelli definiti "critici" o "rilevanti".

PROCESSO 5	ACCESSO ALLE CURE INTERMEDIE (ex I.D.R.)
FASE A	Presentazione, valutazione della Domanda, Formulazione della Graduatoria

DESCRIZIONE E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'

Le modalità di accesso definite dalla Carta dei Servizi e dall'apposito Regolamento prevedono la presentazione di un'apposita domanda su modulo prestampato, reperibile presso l'URP o sul sito Web della Fondazione, che richiede informazioni sia in merito ai dati anagrafici del richiedente sia sulla sua situazione sanitaria/personale/familiare.

Le domande prese in esame sono quelle presentate nella settimana di riferimento, ma possono eventualmente essere nuovamente rivalutate le domande giacenti, qualora sia stato presentato un certificato attestante l'aggravamento dello stato di salute del paziente rispetto alla data di presentazione della domanda stessa.

Le richieste di ricovero sono protocollate secondo l'ordine di arrivo e viene assegnato un numero per ogni pratica.

La domanda di ricovero ha validità 90 giorni dalla data di presentazione della stessa; decorso tale termine senza che il paziente sia stato ricoverato, la domanda è da ritenersi decaduta.

Le domande, dopo la redazione della graduatoria, vengono archiviate presso la Direzione Sanitaria.

La riabilitazione di mantenimento e quella di riabilitazione generale e geriatrica garantiscono:

- assistenza medica;
- assistenza infermieristica;
- assistenza riabilitativa;
- aiuto per lo svolgimento delle attività quotidiane;
- vitto;
- alloggio

Per raggiungere gli obiettivi previsti da tali forme di assistenza è previsto l'utilizzo di vari strumenti:

- valutazione multidimensionale attraverso determinate metodologie attivata al momento dell'ingresso e settimanalmente;
- stesura del PRI (Piano Riabilitativo Individuale) da parte del medico fisiatra che corrisponde ai bisogni e risorse identificati;
- lavoro degli operatori secondo la logica del lavoro d'équipe interdisciplinare;
- raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali che possano garantire il controllo continuo delle attività riabilitative.

Una volta presentata la domanda, essa viene valutata da un'apposita Commissione, composta dal Direttore Sanitario e da un Medico responsabile di Reparto, assistiti da un infermiere di direzione sanitaria, con funzioni di verbalizzante.

La Commissione si riunisce di norma ogni settimana e formula una graduatoria prendendo in esame la documentazione consegnata, comprendente sia la scheda clinica che i dati socio-assistenziali allegati e assegnando un punteggio calcolato sulla scorta di criteri di priorità di ricovero (in base alla provenienza del paziente) e criteri di appropriatezza di ricovero (in base a

Due sono le liste d'attesa:

- per la riabilitazione generale e geriatrica
- per la riabilitazione di mantenimento.

La graduatoria è liberamente consultabile presso l'ufficio URP.

I criteri di valutazione delle domande per quanto concerne l'aspetto di priorità al ricovero possono essere così riassunti:

- Pazienti che rientrano degenti in Struttura dopo intercorrente ricovero in Ospedale per acuti (Punti 100)
- Pazienti provenienti da reparti per acuti o altre strutture riabilitative (Punti 90)
- Pazienti precedentemente dimessi, ma senza aver potuto ultimare il ciclo di riabilitazione (Punti 85)
- Pazienti provenienti dal proprio domicilio (Punti 80)
- Pazienti provenienti dal proprio domicilio, ma già ricoverati in Struttura nel corso dell'anno solare per identica patologia, e non ulteriormente riabilitabili (Punti 0)

Per quanto concerne, invece, i criteri di appropriatezza al ricovero i criteri – e relativi punteggi – sono i seguenti:

- Pazienti con patologia post-acuta di pertinenza ortopedica o neurologica con bisogno riabilitativo (Punti 100)
- Pazienti con sindrome ipocinetica in fase post-acuta da altra patologia, inclusa neoplastica con complicanze e bisogno riabilitativo (Punti 90)
- Pazienti anziani fragili pluripatologici con sindrome involutiva motoria e/o cognitiva (Punti 85).

Il punteggio così ottenuto in modo automatico, viene sommato a un punteggio manuale, da 0 a 15

punti, stabilito collegialmente dalla Commissione di Valutazione, che tiene conto anche della complessità clinica del caso, delle valenze riabilitative globali e delle condizioni sociali del paziente.

Pr. 5 Fase A	
ATTORI	Direttore Sanitario Medico Addetto URP
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	Legge Reg. 3/2008 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.- DGR. 7435/2001 - DGR 12618/2003 – DGR 1185/2013 - DGR 4980/2013 - DGR 1175/2014 - DGR 2569/2014
PROCEDURE, PROTOCOLLI e REGOLAMENTI di RIFERIMENTO	Carta dei Servizi, Codice Etico, Regolamento per l'accesso, Modulo per presentazione domanda, Contratto d'Ingresso. Procedure/Protocolli già elencati nel processo 2.
RISCHIO	Corruzione, Concussione, Truffa, Falso per alterazione della graduatoria
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	Origine del rischio: esterna/interna - Probabilità che si verifichi: bassa. Entità del danno:Alta - Rischio Rilevante

PROCESSO 5	ACCESSO ALLE CURE INTERMEDIE (ex I.D.R.)
FASE B	Gestione del degente

DESCRIZIONE E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'

La Direzione Sanitaria al liberarsi di un posto letto, sulla scorta della graduatoria formulata, contatta il paziente (o l'Ospedale presso cui è degente) avente diritto, comunicandone la data d'ingresso.

Se entro il giorno successivo alla comunicazione, il ricovero non viene accettato, il posto letto è da ritenersi libero e potrà quindi essere assegnato ad altra persona presente in graduatoria.

Al momento del ricovero dovranno essere presentati i seguenti documenti:

- Documento di riconoscimento
- Codice fiscale
- Carta regionale dei servizi
- Esenzione rilasciata dall'A.S.L., se avente diritto.

Agli ospiti viene consegnata da parte dell'addetto dell'URP la Carta dei Servizi e presentata da parte dell'ospite e/o dei suoi familiari tutta la documentazione sanitaria e socio-sanitaria.

Al momento del ricovero l'utente firma il "Contratto d'Ingresso" che individua le prestazioni a carico delle parti, la normativa per il trattamento dei dati, il consenso informato e le cause di recesso dal contratto.

Il ricovero si effettua su prescrizione del Medico di Medicina Generale o di specialisti delle strutture di ricovero e cura autorizzate all'emissione di prescrizioni per il Servizio Sanitario Nazionale. Il ricovero ordinario in riabilitazione generale e geriatrica può avvenire anche dietro presentazione della prescrizione di medici delle RSA e RSD accreditate. Nel caso di pazienti in dimissione da Strutture Ospedaliere che necessitano di trattamenti riabilitativi in regime di ricovero, è opportuno un preliminare accordo tra Ospedale e struttura riabilitativa per garantire la necessaria continuità assistenziale.

Il ricovero di pazienti provenienti da fuori regione è possibile solo previa autorizzazione dell'ASL di residenza che si assume l'obbligo di compensare l'onere di spesa derivante.

Una volta giunti in reparto, viene mostrata al neo ospite la stanza, il bagno e gli spazi comuni. E' richiesta la compilazione della cartella informativa nel rispetto della privacy. Eventualmente l'A.S.A./OSS provvede alle posture con presidi e ausili per la prevenzione dei decubiti in base alla patologia riscontrata.

L'infermiere compila il FaSAs in tutte le sue parti e poi segue il medico durante la visita al termine della quale lo stesso medico – nel corso del colloquio con i parenti – ritira la documentazione sanitaria del paziente. I medici del reparto, coinvolgendo tutta l'équipe, redigono il progetto terapeutico globale e personalizzato che comprende: igiene, nursing, terapia farmacologica, riabilitazione, socializzazione e infine dimissione.

Le visite o gli esami presso altre strutture, prescritti dal Medico di Reparto, vengono effettuate tramite trasporti con ambulanze di una società privata previa prenotazione da parte del Reparto. I costi del trasporto sono interamente a carico della Fondazione. I parenti vengono informati verbalmente o telefonicamente del giorno in cui l'ospite effettuerà l'esame.

I limiti di permanenza in UO Cure Intermedie, stabiliti dalla normativa regionale, prevedono:

- ricovero ordinario in area generale e geriatrica per massimo 60 giorni;
- ricovero ordinario di mantenimento (reinserimento) per massimo 90 giorni.

I reparti sono aperti alle visite dei famigliari ogni giorno dalle ore 8,00 alle 21,00.

Pr. 5 Fase B	Gestione del degente
ATTORI	Direttore Sanitario Medico di reparto Infermiere Asa/Oss Animatore Fisiatra Fisioterapista
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	Legge Reg. 3/2008 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.- DGR. 7435/2001 - DGR 12618/2003 – DGR 1185/2013 - DGR 4980/2013 - DGR 1175/2014 - DGR 2569/2014
PROCEDURE, PROTOCOLLI e REGOLAMENTI di RIFERIMENTO	Codice Etico, Carta dei Servizi, Contratto di Ingresso. Documento Valutazione Rischi Procedura 1 “Emergenze organizzative”. Procedura 2 “Chiamata dei medici in orari di reperibilità”. Procedura 3 “Ordine di Servizio” Procedura 4 “Emergenze sanitarie cliniche”. Procedura 5 “Emergenze sanitarie tecnologiche”. Procedura 6 “Protocollo per l’impiego delle soluzioni chimiche, detergenti, disinfettanti, antisettiche”. Procedura 8 “Protocollo per la raccolta differenziata di rifiuti”. Procedura 9 “Protocollo per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da compressione /da decubito). Procedura 11 “Protocollo per il trasporto di materiali infettivi e di campioni diagnostici”. Procedura 12 “Protocollo per posizionamento del paziente emiplegico” <i>Procedura 13 “Linea guida per l’utilizzo dei mezzi di protezione e tutela dell’utente ricoverato”.</i> Procedura 14 “Protocollo per la somministrazione degli alimenti e delle bevande”. Procedura 15 “Protocollo sulla disfagia”. Procedura 16 “Protocollo per il trattamento dell’incontinenza”. Procedura 17 “Protocollo per l’aspirazione tracheo-bronchiale”. Procedura 18 “Protocollo per l’igiene personale nel rispetto della riservatezza”. Procedura 19 “Protocollo per la gestione dei farmaci stupefacenti”. <i>Procedura 20 “Protocollo operativo per la compilazione della documentazione sanitaria (FaSAS)”.</i> <i>Procedura 21 “Protocollo per la prevenzione, protezione e gestione delle cadute”.</i> Procedura 24 “Protocollo d’uso dei dispositivi di erogazione dell’ossigeno medico ed uso terapeutico dell’ossigeno. Procedura 25 “Regolamento Camere Ardenti”. Procedura 26 “Protocollo operativo per l’utilizzo di soluzioni concentrate di Potassio”. Procedura 27 “Protocollo per ingresso e dimissioni di un paziente in IDR” Procedura 28 “Procedura da adottare in caso di infortunio a rischio biologico”. Procedura 29 “Procedura Segnalazione Reazione Avversa da Farmaci”. Procedura 30 “Procedura per contenere il rischio legato alla movimentazione manuale dei pazienti e all’assunzione di posture incongrue”. Procedura 31 “Check list cartella clinica”. Procedura 32 “Protocollo sulla gestione dei farmaci e dispositivi medici”.

	<p>Procedura 33 "Protocollo gestione del Rischio Clinico".</p> <p>Procedura 34 "Protocollo rilevazione e valutazione del dolore"</p> <p>Istruzione Operativa 35 "Prevenzione della diffusione delle infezioni ospedaliere ed uso dei DPI con particolare riferimento a Clostridium Difficile".</p> <p>Istruzione Operativa 36 "Prelievo venoso periferico, iniezioni endovenose, fleboclisi".</p> <p>Istruzione Operativa 37 "Gestione del sondino naso-gastrico e delle infusioni per nutrizione enterale".</p> <p>Istruzione Operativa 38 "Le iniezioni intramuscolari".</p> <p>Istruzione Operativa 39 "Medicazione di una ferita chirurgica".</p> <p>Istruzione Operativa 40 "Trasfusione di Sangue ed Emoderivati".</p> <p>Procedura 41 "Valutazione e Monitoraggio di Idratazione e Stato Nutrizionale".</p> <p>Istruzione Operativa 42 "Registri delle Infezioni Nosocomiali e delle Contenzioni"</p> <p>Procedura 43 "Detersione ambienti e materiali, detersione e manipolazione effetti letterecchi, svuotamento contenitori liquidi organici</p> <p>Procedura 44 "Consenso Informato nei pazienti non in grado di esprimersi autonomamente".</p> <p>Procedura 45 "Procedura per l'esecuzione di clisma evacuativo, pulizia del cavo orale, cateterismo vescicale".</p>
RISCHIO	<p>Omicidio colposo, Lesioni personali colpose.</p> <p>Corruzione.</p> <p>Violazione della Privacy</p>
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	<p>Origine del rischio: interna - Probabilità che si verifichi: media.</p> <p>Entità del danno: alta - Rischio Critico</p>

SCOPO E OGGETTO, CAMPO DI APPLICAZIONE

La Fondazione persegue l'obiettivo della sicurezza sia nei confronti dei propri ospiti che dei lavoratori e lavoratrici con impegno e formazione costante del personale nel rispetto del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.

Il Modello Organizzativo si applica alle attività che richiedono l'uso dei dispositivi di protezione individuale e connesse al rischio biologico. Il modello viene diffuso a tutti i destinatari.

DESCRIZIONE E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'

Il Presidente pro-tempore del CdA riveste il ruolo di datore di lavoro.

E' presente la figura del Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione R.S.P.P. (rapporto libero professionale), dell'Addetto al Servizio Prevenzione e Protezione A.S.P.P. (lavoratore dipendente) e del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza R.L.S. (lavoratore dipendente)

Sono presenti e depositati presso l'Addetto al Servizio Prevenzione e Protezione, tra gli altri, i seguenti documenti:

- Documento di valutazione dei rischi
- Piano di emergenza aziendale
- Protocollo utilizzo chiavi locali tecnologici in fase di emergenza
- Procedura di gestione dei Dispositivi di Protezione Individuali.

Viene svolta formazione ed informazione del personale con particolare riferimento alle proprie mansioni ed al proprio posto di lavoro. Gli infermieri e i medici sono stati formati sulle responsabilità in capo ai preposti.

Ai fini della prevenzione e protezione dei lavoratori dai rischi connessi alla loro mansione sono previsti una serie di Dispositivi di Protezione Individuale (D.P.I.) da indossare ed utilizzare durante l'attività lavorativa.

La formazione specifica viene effettuata secondo le disposizioni di legge e viene idoneamente registrata e monitorata dall'ASPP.

PROCESSO 6	GESTIONE SICUREZZA AZIENDALE
ATTORI	Presidente Pro-Tempore Fondazione Direttore Generale, Direttore Sanitario RSPP, ASPP, RLS, Preposti Manutentore Asa/Oss, Infermieri Fisioterapisti Cuochi Addetta ai servizi di lavanderia, Addette alle pulizie
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	Legge Reg. 3/2008 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.- DGR. 7435/2001 - DGR 12618/2003 – DGR 1185/2013 - DGR 4980/2013 - DGR 1175/2014 - DGR 2569/2014
PROCEDURE, PROTOCOLLI e REGOLAMENTI di RIFERIMENTO	Carta dei Servizi, Codice etico. Documento di valutazione dei rischi, Piano di emergenza aziendale, Protocollo utilizzo chiavi locali tecnologici in fase di emergenza, Procedura di gestione dei Dispositivi di Protezione Individuali.
RISCHI	Reati di omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime commessi con violazione delle norme antinfortunistiche e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro
VALUTAZIONE DEI RISCHI	Origine del Rischio: interna - Probabilità che si verifichi: media Entità del danno Alta - Rischio Critico

PROCESSO 7	ASSUNZIONE, AMMINISTRAZIONE e GESTIONE DEL PERSONALE
-------------------	---

OGGETTO E SCOPO, CAMPO DI APPLICAZIONE

Nel processo di “Assunzione, amministrazione e gestione del Personale” vengono analizzate tutte le attività collegate alla presentazione di una domanda di assunzione, la sua valutazione e l’inserimento lavorativo del neo dipendente. E’ opportuno sottolineare che i dipendenti della Fondazione alla data della presente revisione sono 75 oltre a 3 liberi professionisti. Il Contratto Collettivo Nazionale applicato è quello delle “Regioni ed Autonomie Locali”.

Il processo analizzato riguarda:

- La presentazione della domanda di assunzione e la sua valutazione;
- L’assunzione e l’inserimento del personale.

In ogni fase del processo vengono descritte le attività svolte, i responsabili coinvolti, le disposizioni di legge che regolamentano tali attività ed i rischi etici che si possono presentare.

PROCESSO 7	ASSUNZIONE, AMMINISTRAZIONE e GESTIONE DEL PERSONALE
Fase A	Presentazione della Domanda e sua valutazione.

DESCRIZIONE E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'

La Fondazione, quale soggetto di diritto privato, non assume personale attraverso procedure concorsuali. La selezione di nuovo personale avviene di norma mediante esame delle richieste di assunzione e valutazione dei curriculum, per conoscenza diretta e oppure altre fonti, quali, ad esempio, le agenzie di lavoro interinale o richiesta presso gli ordini professionali.

Dopo questo primo filtro, seguono i colloqui individuali che sono condotti da un gruppo interno di valutazione di cui fanno parte necessariamente il Direttore Generale ed il referente dell'area nella quale deve essere inserito il candidato.

I curriculum consegnati vengono timbrati con la data di arrivo e custoditi presso l'Ufficio Amministrazione del Personale.

Proc. 7 Fase A	PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA E SUA VALUTAZIONE
<i>ATTORI</i>	Presidente del Consiglio di Amministrazione Direttore Generale Addetto Ufficio Personale Referente area interessata all'assunzione
<i>NORMATIVA DI RIFERIMENTO</i>	Legge Reg. 3/2008 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.- DGR. 7435/2001 - DGR 12618/2003 – DGR 1185/2013 - DGR 4980/2013 - DGR 1175/2014 - DGR 2569/2014
<i>PROCEDURE, PROTOCOLLI e REGOLAMENTI di RIFERIMENTO</i>	Carta dei Servizi, Codice Etico
<i>RISCHIO</i>	Smarrimento della Domanda Corruzione/Concussione per atto di Ufficio Discriminazione di sesso, razza, religione
<i>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</i>	Origine del rischio: interna/esterna - Probabilità che si verifichi: bassa Entità del danno: media - Rischio Accettabile

PROCESSO 7	ASSUNZIONE, AMMINISTRAZIONE e GESTIONE DEL PERSONALE
Fase B	Assunzione e Inserimento del nuovo assunto

DESCRIZIONE E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'

Il contratto di lavoro viene predisposto dall'Ufficio Amministrazione del Personale, viene firmato dal neo assunto e dal Presidente Pro tempore della Fondazione.

Una volta stipulato il contratto, il neo assunto viene inserito in Struttura. Riceve idonee ed esaustive informazioni su privacy e sicurezza, oltre a copia delle Carte dei Servizi e del Codice Etico. In base alla mansione ricoperta l'operatore sarà affiancato e formato dal Coordinatore del Servizio di competenza, il quale ha, tra l'altro, il compito di valutare le capacità professionali del dipendente ed il suo grado di inserimento in Struttura. In particolare, il Coordinatore si sofferma anche sull'applicazione corretta dei regolamenti interni e delle procedure in vigore portati a conoscenza del nuovo dipendente e, per le figure sanitarie, del rispetto dei piani assistenziali e dei protocolli.

Il contratto di lavoro, in base all'inquadramento, prevede un periodo di prova entro il quale un lavoratore può essere licenziato anche senza giusta causa.

Il personale viene messo in condizione di acquisire le competenze necessarie al corretto svolgimento della propria attività mediante un'appropriata formazione, anche in relazione alle recenti disposizioni in tema di formazione/aggiornamento di cui .

Proc. 7 Fase B	ASSUNZIONE e INSERIMENTO DEL NUOVO ASSUNTO
<i>ATTORI</i>	Direttore Generale Direttore Sanitario Coordinatore Servizio interessato all'assunzione Medico competente RSPP
<i>NORMATIVA DI RIFERIMENTO</i>	CCNL Regioni e Autonomie Locali D. Lgs. 66/2003 "Attuazione delle Direttive comunitarie concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro" Legge Reg. 3/2008 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.- DGR. 7435/2001 - DGR 12618/2003 – DGR 1185/2013 - DGR 4980/2013 - DGR 1175/2014 - DGR 2569/2014
PROCEDURE, PROTOCOLLI e REGOLAMENTI di RIFERIMENTO	Carta dei Servizi, Codice etico, Piano di Formazione aziendale, formazione neo assunti.
<i>RISCHI</i>	Corruzione per valutazione non obiettiva del neo assunto
<i>VALUTAZIONE DEI RISCHI</i>	Origine del rischio: interna/esterna Probabilità che si verifichi: bassa Entità del danno: alta Rischio Rilevante

PROCESSO 8	TENUTA CONTABILITA'
-------------------	----------------------------

OGGETTO e SCOPO,

E' stato analizzato il processo legato all'attività amministrativa di natura contabile. Nella fattispecie, sono state descritte le fasi di "Registrazione delle fatture", "Emissione delle fatture". Tali compiti sono a carico principalmente dell'Ufficio Ragioneria ed Ufficio Acquisti

PROCESSO 8	TENUTA CONTABILITA'
Fase A	Registrazione e controllo fatture. Pagamenti

DESCRIZIONE E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'

Ogni fattura passiva viene protocollata in base ad un ordine cronologico dall'addetto dell'Ufficio Ragioneria che ne verifica i requisiti ed effettua il controllo di conformità ordine/fattura, anche attraverso il confronto con la Coordinatrice del Servizio che ha effettuato l'ordine di fornitura/prestazione.

Se le fatture sono conformi l'Ufficio Ragioneria redige l'elenco dei pagamenti che viene sottoscritto dal Direttore Generale e dal Presidente pro-tempore. Successivamente provvede direttamente ai pagamenti in via informatica nel rispetto delle scadenze concordate.

Vengono controllati dall'ufficio anche i DURC delle aziende fornitrici.

L'Ufficio Contabilità periodicamente aggiorna i dati anagrafici e fiscali delle aziende fornitrici ed inserisce quelli delle eventuali nuove ditte che collaborano con la Struttura.

Pr. 8 Fase A	REGISTRAZIONE FATTURE e PAGAMENTI
ATTORI	Direttore Generale, Coordinatrice Servizio Amministrativo, Addetta Ufficio Ragioneria.
NORMATIVE DI RIFERIMENTO	Legge Reg. 3/2008 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.- DGR. 7435/2001 - DGR 12618/2003 – DGR 1185/2013 - DGR 4980/2013 - DGR 1175/2014 - DGR 2569/2014 - Codice Civile - T.U.I.R. (Testo unico imposte sui redditi)
PROCEDURE, PROTOCOLLI e REGOLAMENTI di RIFERIMENTO	Contratti di fornitura.
RISCHIO	Falso in bilancio, corruzione, Truffa
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	Origine del rischio: interna/esterna - Probabilità che si verifichi: bassa Entità del danno: Alta - Rischio Rilevante

PROCESSO 8	TENUTA CONTABILITA'
Fase B	Emissione fatture e Incassi

DESCRIZIONE E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'

Per quanto concerne la fatturazione delle rette relative alla degenza viene effettuata alla fine del mese di riferimento. Il pagamento della retta deve essere versata direttamente presso la Banca di appoggio della Fondazione entro la fine del mese successivo, senza necessità di preavviso scritto da parte della Fondazione stessa.

Le reversali di incasso vengono predisposte dall'Ufficio Ragioneria, l'elenco viene sottoscritto dal direttore Generale e dal Presidente pro-tempore ed inviato all'Istituto bancario tesoriere per la regolarizzazione.

Annualmente viene rilasciata dalla Fondazione agli ospiti la certificazione fiscale delle spese sostenute differenziando quelle sanitarie da quelle non sanitarie in base a quanto previsto dalla Dgr 26316 del 21 marzo 1987. Tale attività di certificazione fiscale viene effettuata dall'Ufficio Ragioneria e firmata dal Direttore Generale.

Pr. 8 Fase B	EMISSIONE FATTURE e INCASSI
ATTORI	Presidente Consiglio di Amministrazione Direttore Generale Coordinatrice Servizio Amministrativo, Addetta ufficio Ragioneria
NORMATIVE DI RIFERIMENTO	Legge Reg. 3/2008 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.- DGR. 7435/2001 - DGR 12618/2003 – DGR 1185/2013 - DGR 4980/2013 - DGR 1175/2014 - DGR 2569/2014 - Codice Civile – Codice Penale - T.U.I.R. (Testo unico imposte sui redditi) - DGR 26316/1987 (certificazione fiscale)
PROCEDURE, PROTOCOLLI e REGOLAMENTI di RIFERIMENTO	Carta dei Servizi, Contratto di ingresso, Contratti di fornitura.
RISCHIO	Truffa Furto
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	Origine del rischio: interna/esterna - Probabilità che si verifichi: media Entità del danno: alta - Rischio critico

OGGETTO e SCOPO, CAMPO DI APPLICAZIONE

Altro processo analizzato è quello di redazione del bilancio consuntivo e preventivo della Fondazione contemplando anche il ruolo del revisore dei conti per i possibili reati etici legati a falso in bilancio

Per quanto concerne il processo relativo al bilancio, l'analisi si è soffermata su quei reati di natura societaria (false comunicazioni sociali, false comunicazioni sociali in danno dei soci o dei creditori, falsità nelle relazioni o nelle comunicazioni dei revisori dei conti, formazione fittizia del capitale, illegale ripartizione degli utili e delle riserve, illecite operazioni sulle quote sociali, operazioni in pregiudizio dei creditori, ostacolo all'esercizio delle funzioni delle autorità pubbliche di vigilanza, etc.) inseriti nell'articolo 25 del Decreto Legislativo 231/2001 che è stato integrato dall'articolo 3 del D. Lgs. 61/2002

PROCESSO 9	REDAZIONE e APPROVAZIONE BILANCIO
Fase A	Redazione del Bilancio

DESCRIZIONE E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'

Le modalità di redazione del Bilancio della Fondazione sono disciplinate dal Codice Civile, dallo Statuto e dal Decreto del Ministero del Tesoro del 1995. L'esercizio finanziario inizia il 1° gennaio e si chiude al 31 dicembre di ogni anno. Il bilancio viene redatto dal DG con l'ausilio del consulente sulle materie fiscali/contributive; deve essere redatto con chiarezza e rappresentare in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria della Fondazione ed il risultato economico dell'esercizio in base alle disposizioni di legge. Qualora risultassero utili o avanzi di gestione, questi devono essere utilizzati per la realizzazione delle attività istituzionali.

Entro il 31 marzo di ogni anno il CdA predispose il budget preventivo annuale e individua gli obiettivi gestionali da conferire al DG.

Il DG effettua costantemente il controllo di gestione allo scopo non solo di monitorare l'andamento economico-finanziario della Fondazione (rapporto entrate/uscite), ma anche di verificare gli aspetti gestionali in rapporto agli obiettivi posti. Tale verifica viene portata trimestralmente all'attenzione del Consiglio di Amministrazione.

Pr. 9 Fase A	Redazione del bilancio
ATTORI	Presidente e Consiglieri CdA Direttore Generale Addetta Ufficio Ragioneria
NORMATIVE DI RIFERIMENTO	Legge Reg. 3/2008 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.- DGR. 7435/2001 - DGR 12618/2003 – DGR 1185/2013 - DGR 4980/2013 - DGR 1175/2014 - DGR 2569/2014 – Codice Civile – Codice Penale
PROCEDURE, PROTOCOLLI e REGOLAMENTI di RIFERIMENTO	Statuto Fondazione – Conto Economico e Sato Patrimoniale – Budget annuale – Controllo di Gestione trimestrale.
RISCHIO	Falso in Bilancio Distrazione di Fondi per scopi non previsti dallo Statuto (Illegale ripartizione degli utili e delle riserve)
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	Origine del rischio: interna - Probabilità che si verifichi: bassa Entità del danno: Alta - Rischio Rilevante

PROCESSO 9	REDAZIONE e APPROVAZIONE BILANCIO
Fase B	Approvazione e Controllo

DESCRIZIONE E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'

Il Bilancio consuntivo deve essere approvato dal CdA entro il 30 aprile dell'anno successivo (art. 20 dello Statuto) oppure, qualora particolari esigenze lo richiedano, l'approvazione potrà avvenire entro il 30 giugno.

Il Revisore dei Conti è unico, iscritto nell'apposito Albo, nominato a maggioranza assoluta dal Consiglio di Amministrazione e resta in carica per la durata del quadriennio di nomina del CDA, con possibilità di essere riconfermato senza limiti di mandato. La funzione del Revisore è di controllare la correttezza della gestione in relazione alle vigenti norme di legge e allo Statuto della Fondazione. Inoltre, il Revisore predispone la relazione annuale in occasione dell'approvazione del Bilancio da parte del Consiglio di Amministrazione sul funzionamento e sullo stato contabile e finanziario della Fondazione. Il Revisore ha il compito di verificare che non siano state effettuate false comunicazioni sociali oppure false comunicazioni sociali in danno dei soci o dei creditori. Al revisore può essere corrisposto un compenso fissato dal Consiglio di Amministrazione nei limiti della tariffa professionale.

Pr. 9 Fase B	Approvazione e Controllo
ATTORI	Consiglio di Amministrazione Direttore Generale Revisore dei Conti
NORMATIVE DI RIFERIMENTO	Legge Reg. 3/2008 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.- DGR. 7435/2001 - DGR 12618/2003 – DGR 1185/2013 - DGR 4980/2013 - DGR 1175/2014 - DGR 2569/2014
PROCEDURE, PROTOCOLLI e REGOLAMENTI di RIFERIMENTO	Statuto Fondazione – Conto Economico e Stato Patrimoniale – Budget annuale – Controllo di Gestione trimestrale.
RISCHIO	Falsità nelle relazioni o nelle comunicazioni del revisore dei conti (art. 25 ter del D. Lgs. 231/2001) Malafede e favoreggiamento
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	Origine del rischio: interna - Probabilità che si verifichi: bassa Entità del danno: Alta - Rischio Rilevante

DESCRIZIONE E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'

La Fondazione, quale soggetto di diritto privato, non applica il Codice dei Contratti pubblici, il Decreto Legislativo 163/2006 e s.m.i.

Per l'approvvigionamento di beni e servizi il metodo utilizzato è la trattativa privata con più ditte che vengono individuate attraverso informali e trasparenti ricerche di mercato. Rispetto al servizio/fornitura di cui necessita la Struttura, l'appalto viene affidato alla ditta che offre la miglior proposta nel rapporto qualità/prezzo dopo attenta analisi. Ogni appalto di una certa rilevanza viene portato a conoscenza del CDA.

Alla scadenza del contratto, per il rinnovo viene richiesto il mantenimento del prezzo in corso o al massimo l'adeguamento Istat dei prezzi. Qualora la ditta non intenda rinnovare alle medesime condizioni o non ha svolto un servizio soddisfacente, non viene invitata alla trattativa per il rinnovo della fornitura. Se una ditta, invece, svolge in maniera inadeguata e lesiva dell'immagine della Fondazione, viene deciso il blocco delle fatture e inviata una richiesta di risarcimento danni.

L'Ufficio Acquisti/Economato predispone gli atti riguardanti le forniture e cura la regolare esecuzione dei contratti che vengono sottoscritti dal DG.

Pr. 10	SCelta DEL FORNITORE
ATTORI	Consiglio di Amministrazione Direttore Generale Addetto Ufficio Acquisti/Economato
NORMATIVE DI RIFERIMENTO	Legge Reg. 3/2008 - D.Lgs. 81/2008 e s.m.i - D.Lgs 196/2003 e s.m.i.- DGR. 7435/2001 - DGR 12618/2003 – DGR 1185/2013 - DGR 4980/2013 - DGR 1175/2014 - DGR 2569/2014
PROCEDURE, PROTOCOLLI e REGOLAMENTI di RIFERIMENTO	Statuto – Budget annuale – Piano annuale investimenti – Piano annuale sostituzione arredi e attrezzature – Manuale HACCP - Contratti di fornitura.
RISCHIO	Corruzione
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	Origine del rischio:interna/esterna - Probabilità che si verifichi: Bassa Entità del danno: Alta - Rischio Rilevante

ELENCO DEI RIFERIMENTI NORMATIVI

- Codice Civile
- Codice di Procedura Penale (art. 258)
- Codice Penale (art. 443)
- D. Lgs 231/2001 (Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica a norma dell'articolo 11 della legge 300/2000)
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27.01.1994 (Principi sull'erogazione dei servizi pubblici)
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 11.10.1994 (Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico)
- Carta dei Diritti della Persona anziana
- D. Lgs. 833/1978 (Istituzione del Servizio sanitario Nazionale)
- D. Lgs 541/1992 (Attuazione della direttiva 92/28/CEE concernente la pubblicità dei medicinali per uso umano)
- D. Lgs. 328/2000 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)
- D. Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)
- D. Lgs. 66/2003 (Attuazione delle Direttive comunitarie concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro)
- D. Lgs 163/2005 (Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni)
- D. Lgs. 81/2008 (T.U. in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro)
- D.Lgs 198/2006 (Codice delle pari opportunità tra uomo e donna)
- Normativa sui decessi
- T.U.I.R. (Testo unico imposte sui redditi)
- Codice di Comportamento dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni - 1994
- Legge 241/1990 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi)
- Dpr 445/2001 (Autocertificazione)
- Dpr 14/01/97 (Requisiti minimi delle strutture sanitarie)
- Dpr n.254/2003 (Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'art. 24 della legge n.179/2002)
- Legge Regionale 95/1980 (Sistema di istruzione e formazione della Regione Lombardia)
- Legge Regionale 1/1986 (Riorganizzazione e programmazione dei servizi socio-sanitari della Regione Lombardia)
- Legge 309/90 (Testo Unico sugli stupefacenti – TULS)
- Legge 648/1996 (Misure per il contenimento della spesa farmaceutica e la rideterminazione del tetto di spesa per l'anno 1996)
- Legge 94/1998 (Disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria)
- Legge 328/2000 (Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)
- Legge 44/2007 (Legge Finanziaria 2008)
- Legge Regionale 16/2001 (Individuazione della figura dell'operatore socio-sanitario OSS)
- Legge Regionale 3/2008 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario)
- Dgr 26316/1987 (Certificazione fiscale)
- Dgr VI/1267 del 1989 (Istituzione della figura di ausiliario socio-assistenziale ASA)
- Dgr 5428/2001 (Corsi di formazione per OSS ai sensi della L.R. 85/1980)
- Dgr Lombardia 7435/2001 (Requisiti per l'accreditamento delle RSA)
- Dgr Lombardia 12618/2003 (Standard di personale per accreditamento RSA)
- Dgr 19883/2004 (Riordino della rete delle attività di riabilitazione)

- Dgr 4260/2007 (Qualificazione con corso integrativo o percorso individualizzato per utenti con titoli stranieri o italiani diversi da ASA/OSS)
- Dgr 4438/2007 (Ulteriori determinazioni in ordine alle attività di riabilitazione)
- Dgr 7437 del 2008 (Determinazione in ordine all'individuazione delle unità di offerta sociali ai sensi dell'art. 4, comma 2 della L.R. n. 3/2008)
- Dgr Lombardia 8496/2008 (Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto delle unità di offerta socio-sanitarie)
- Dgr Lombardia 1185/2013 (Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2014).
- Dgr Lombardia 1765/2014 (Il sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della DGR 1185/2013).
- Dgr Lombardia 2569/2014 (Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo).
- Linee Guida per le attività di riabilitazione del Ministero della Sanità (124/1998)
- Linee Guida regionali per l'adozione del Codice Etico e dei Modelli di Organizzazione e Controllo delle Aziende sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere
- Codice deontologico fisioterapisti
- Codice Deontologico infermieri
- D.M. 10/03/1998 (Criteri generali di sicurezza antincendio e per la gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro)
- D.M. 18/09/2002 (Approvazione della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private)
- Circolare 800/2001 del Ministero della Sanità (Produzione dei medicinali omeopatici e loro importazione da paesi extracomunitari)
- CCNL Regioni e Autonomie Locali
- D.Lgs. 152/2006 (Testo Unico dell'Ambiente)
- D.lgs. 121/2011 (Attuazione della direttiva 2008/99/CE sulla tutela penale dell'ambiente)

REGOLAMENTI /PROTOCOLLI/PROCEDURE DELLA FONDAZIONE

- Statuto della Fondazione
- Documento di indirizzo annuale
- Codice Etico comportamentale e carta dei Valori della Fondazione
- Piano della Formazione
- Carta dei Servizi RSA
- Regolamento accesso RSA
- Domanda di accoglimento in RSA
- Contratto di ingresso RSA
- Indicazioni per la degenza in posto letto di sollievo
- Contratto ingresso Posto Letto Sollievo
- Carta dei Servizi Cure Intermedie
- Modulo domanda per ricovero in Cure Intermedie
- Regolamento accesso alle Cure Intermedie
- Contratto ingresso Cure Intermedie
- Documento Valutazione Rischi
- Progetto Risk Management
- Procedura 1 "Emergenze organizzative".
- Procedura 2 "Chiamata dei medici in orari di reperibilità".
- Procedura 3 "Ordine di Servizio"
- Procedura 4 "Emergenze sanitarie cliniche".
- Procedura 5 "Emergenze sanitarie tecnologiche".
- Procedura 6 "Protocollo per l'impiego delle soluzioni chimiche, detergenti, disinfettanti, antisettiche".

- Procedura 8 “Protocollo per la raccolta differenziata di rifiuti”.
- Procedura 9 “Protocollo per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da compressione /da decubito).
- Procedura 11 “Protocollo per il trasporto di materiali infettivi e di campioni diagnostici”.
- Procedura 12 “Protocollo per posizionamento del paziente emiplegico”
- *Procedura 13 “Linea guida per l’utilizzo dei mezzi di protezione e tutela dell’utente ricoverato”.*
- Procedura 14 “Protocollo per la somministrazione degli alimenti e delle bevande”.
- Procedura 15 “Protocollo sulla disfagia”.
- Procedura 16 “Protocollo per il trattamento dell’incontinenza”.
- Procedura 17 “Protocollo per l’aspirazione tracheo-bronchiale”.
- Procedura 18 “Protocollo per l’igiene personale nel rispetto della riservatezza”.
- Procedura 19 “Protocollo per la gestione dei farmaci stupefacenti”.
- *Procedura 20 “Protocollo operativo per la compilazione della documentazione sanitaria (FaSAS)”.*
- *Procedura 21 “Protocollo per la prevenzione, protezione e gestione delle cadute”.*
- Procedura 24 “Protocollo d’uso dei dispositivi di erogazione dell’ossigeno medico ed uso terapeutico dell’ossigeno.
- Procedura 25 “Regolamento Camere Ardentì”.
- Procedura 26 “Protocollo operativo per l’utilizzo di soluzioni concentrate di Potassio”.
- Procedura 27 “Protocollo per ingresso e dimissioni di un paziente in IDR”
- Procedura 28 “Procedura da adottare in caso di infortunio a rischio biologico”.
- Procedura 29 “Procedura Segnalazione Reazione Avversa da Farmaci”.
- Procedura 30 “Procedura per contenere il rischio legato alla movimentazione manuale dei pazienti e all’assunzione di posture incongrue”.
- Procedura 31 “Check list cartella clinica”.
- Procedura 32 “Protocollo sulla gestione dei farmaci e dispositivi medici”.
- Procedura 33 “Protocollo gestione del Rischio Clinico”.
- Procedura 34 “Protocollo rilevazione e valutazione del dolore”
- Istruzione Operativa 35 “Prevenzione della diffusione delle infezioni ospedaliere ed uso dei DPI con particolare riferimento a Clostridium Difficile”.
- Istruzione Operativa 36 “Prelievo venoso periferico, iniezioni endovenose, fleboclisi”.
- Istruzione Operativa 37 “Gestione del sondino naso-gastrico e delle infusioni per nutrizione enterale”.
- Istruzione Operativa 38 “Le iniezioni intramuscolari”.
- Istruzione Operativa 39 “Medicazione di una ferita chirurgica”.
- Istruzione Operativa 40 “Trasfusione di Sangue ed Emoderivati”.
- Procedura 41 “Valutazione e Monitoraggio di Idratazione e Stato Nutrizionale”.
- Istruzione Operativa 42 “Registri delle Infezioni Nosocomiali e delle Contenzioni”
- Procedura 43 “Detersione ambienti e materiali, detersione e manipolazione effetti lettereci, svuotamento contenitori liquidi organici
- Procedura 44 “Consenso Informato nei pazienti non in grado di esprimersi autonomamente”.
- Procedura 45 “Procedura per l’esecuzione di clisma evacuativo, pulizia del cavo orale, cateterismo vescicale”.