




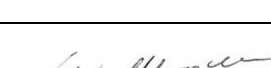





Data	Revisione	Modifiche	Approvazione	Firma
10/01/2018	00	Prima emissione	D.S. Dott. Carlo Augusto Marazzini	
28/02/2019	01	Cambiati i referenti territoriali	D.S. Dott. Carlo Augusto Marazzini	
13/02/2020	02	Rinnovo annuale	D.S. Dott. Carlo Augusto Marazzini	
27/11/2020	03	Rinnovo straordinario	D.S. Dott. Carlo Augusto Marazzini	
12/04/2021	04	Cambio denominazione sociale, cambio sede Bergamo	D.S. Dott. Carlo Augusto Marazzini	
01/08/2021	05	Cambio requisiti soggettivi societari e cambio sede Merate	D.S. Dott. Carlo Augusto Marazzini	
01/03/2022	06	Volture	D.S. Dott. Carlo Augusto Marazzini	
28/11/2022	07	Adeguamento sedi DGR XI/6867	D.S. Dott. Carlo Augusto Marazzini	
30/12/2022	08	Revisione post verifica SCIA	D.S. Dott. Carlo Augusto Marazzini	

DOCUMENTO ORGANIZZATIVO GESTIONALE

CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE

FINISTERRE S.R.L. MedicAir Group

Via Varese 25/d – 21047 Saronno VA

Telefono 02-96409232

Fax 02-96389616

E-mail carloaugusto.marazzini@finisterre.medicair.it

AUTORIZZATO IL: 02/01/2023

IL LEGALE RAPPRESENTANTE: COLOMBO ANDREA

CHI SIAMO

La FINISTERRE S.R.L. si è affermata come una Società in grado di garantire la *presa in carico integrale* ed *integrata* dei bisogni degli assistiti, mettendo a disposizione, al loro domicilio, le risorse tecniche, tecnologiche e professionali più appropriate.

FINISTERRE ha maturato una lunga esperienza nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata, ADI, è accreditata e contrattualizzata presso le seguenti ATS:

- ATS DELL'INSUBRIA
- ATS DELLA BRIANZA
- ATS DI MILANO CITTA' METROPOLITANA
- ATS DI BERGAMO
- ATS DI BRESCIA
- ATS DI PAVIA
- ATS DELLA MONTAGNA

In data 25/02/2021, la denominazione è cambiata in Finisterre S.r.l MedicAir Group.

Il 30/07/2021 è cambiata la composizione societaria e conseguente modifica di tutti i requisiti soggettivi.

La popolazione target del servizio Cure Domiciliari è soprattutto quella anziana, con impossibilità di muoversi dal proprio domicilio.

La società consortile FINISTERRE è anche accreditata UCP-Dom, contrattualizzata presso ATS Insubria, ASST Lecco e Vimercate e ATS Bergamo, ATS Pavia per questa tipologia di servizio si rimanda al documento organizzativo gestionale C.P.

Nel primo trimestre 2022 sono state volturate sei Udo, di cui quattro di ADI e 2 di Cure Palliative.

Si rimanda a pag 6 di questo documento per l'elenco delle nuove sedi a partire dal 01.12.2022 in ottemperanza all'allegato 1), recante "Requisiti di esercizio e di accreditamento delle cure domiciliari" in attuazione dell'Intesa del 4/08/2021 - Repertorio atto n. 151/CSR - ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178";.

MISSION ED OBIETTIVI

La **mission** di FINISTERRE è prendersi cura della salute, della sicurezza, del benessere dei suoi assistiti (**scopo**) attraverso la progettazione, la realizzazione e la gestione di servizi sanitari e socio assistenziali (**attività**) che permettano un nuovo modo di curarsi (**vision**). I nostri **campi prioritari d'azione** riguardano non solo la cura del paziente e l'accuratezza del servizio ma anche l'instaurarsi di un rapporto umano con il nostro assistito ed il controllo della cura e della qualità con cui si è mosso il nostro operatore, perché questi sono i **valori** a cui ci ispiriamo quotidianamente per migliorare i nostri servizi.

FINISTERRE si avvale della collaborazione di personale sanitario e non, altamente qualificato e con maturata esperienza nell'ambito del servizio ADI al fine di dare risposta al bisogno di:

- Personalizzare e dare continuità al percorso assistenziale del paziente;
- Ricercare l'appropriatezza e l'efficacia delle cure;
- Realizzare una gestione integrata ed efficiente del processo di cura;
- Educare e Addestrare il care-giver;

IL PANORAMA REGIONALE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

La richiesta di servizi alla persona nella società odierna risulta essere direttamente proporzionale "alla" e dipendente "dalla" accelerazione di una serie di fenomeni demografici, sociali, tecnologici, scientifici e culturali in grado di influenzare notevolmente l'assetto ed il processo di sviluppo ed evoluzione del Sistema Sanitario, determinare un crescente bisogno di salute e diversificare la tipologia delle prestazioni necessarie per il suo soddisfacimento.

Le Cure Domiciliari si collocano nella rete di servizi socio sanitari volti a garantire alle persone in condizioni di fragilità, prestazioni sociosanitarie integrate presso "il domicilio", tutto questo è possibile grazie all'emissione da parte dell'ASST di appartenenza (successivamente alla valutazione multidisciplinare del bisogno effettuata dal personale dell'ASST stessa) di un **VOUCHER** che permetterà l'erogazione delle prestazioni richieste dal profilo assistenziale/prestazionale.

COS'E' IL SERVIZIO DI ASSISTENZA AL DOMICILIO

Consiste nell'inviare al domicilio dell'Assistito gli Operatori Professionali richiesti, previsti e necessari, specificatamente preparati e formati alle attività domiciliari (Medici, Medici Specialisti, Infermieri, Fisioterapisti, Operatori Socio-Assistenziali, psicologo) e nel fornire il materiale sanitario ed il supporto tecnico-logistico/organizzativo-informatico indispensabile per una gestione integrata delle prestazioni richieste dal profilo assistenziale/prestazionale, al fine di garantirne l'efficacia e l'efficienza.

Relativamente alla fase gestionale ed organizzativa, i servizi domiciliari sono suscettibili di differenti modulazioni in base alle necessità, alle richieste e agli specifici accordi posti in essere con il Committente del Servizio nella fase di avviamento delle attività.

In ogni caso il modello ed il percorso organizzativo che FINISTERRE S.R.L MEDICAIR GROUP propone ai propri utenti prevede sempre una serie definita di passaggi propedeutici alla fase prettamente erogativa del servizio, tra i quali rivestono particolare significato e rilevanza:

- ✚ l'instaurazione di rapporti di proficua **collaborazione con i Medici curanti**, di fatto protagonisti istituzionali dell'assistenza territoriale;
- ✚ **l'integrazione a livello territoriale** con le strutture ed istituzioni presenti.

A CHI SI RIVOLGE IL SERVIZIO CURE DOMICILIARI

Chi ne ha diritto?

Le cure Domiciliari sono rivolte a persone in situazione di fragilità, caratterizzate da:

- presenza di una condizione di non autosufficienza parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo;
- presenza di una condizione di non deambulabilità;
- non trasportabilità presso presidi sanitari ambulatoriali in grado di rispondere ai bisogni della persona;
- presenza di un supporto nella rete familiare/parentale o informale;

- presenza di condizioni abitative che garantiscano la praticabilità dell'assistenza, acquisite anche a seguito di azioni necessarie per il superamento di eventuali fattori ostativi (esempio: abbattimento di barriere architettoniche).

Si precisa che sono comprese tra i destinatari delle cure domiciliari le persone nella fase terminale della vita, non riconducibili alla tipologia di utenza assistibile mediante l'ospedalizzazione domiciliare cure palliative.

I SERVIZI DOMICILIARI

FINISTERRE S.R.L MEDICAIR GROUP è accreditata presso Regione Lombardia per l'erogazione dei seguenti Servizi:

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA - (A.D.I.)

1. PROFILO PRESTAZIONALE di livello "LEA" prestazionale o prelievo di durata occasionale (prelievo ematico) o continuativa di bassa intensità
2. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA DI PRIMO, SECONDO, TERZO, QUARTO PROFILO
3. ICA indice di complessità assistenziale, solo per utenti molto complessi (30% in più del valore del profilo assegnato)

FINISTERRE S.R.L MEDICAIR GROUP prende in carico i bisogni socio-sanitari dei suoi assistiti sulla base di un Piano di Assistenza Individuale che coinvolge un mix di operatori professionalmente qualificati (Infermieri, Fisioterapisti, Medici Specialisti, Operatori Socio-assistenziali) in un percorso di cura con fornitura del relativo materiale sanitario.

PRESTAZIONI EROGABILI

A titolo puramente indicativo:

AREA SOCIO-ASSISTENZIALE DI SUPPORTO AD ALTRE FIGURE PROFESSIONALI

- mobilitazione della persona,
- igiene personale,
- corretta deambulazione, ...

AREA INFERMIERISTICA

- educazione sanitaria/terapeutica,
- monitoraggio parametri vitali,
- prevenzione lesioni da pressione,
- medicazione lesioni da pressione/vascolari/diabetiche,
- gestione stomie,
- gestione accessi venosi,
- gestione Sondino NG/PEG/alimentazione enterale e parenterale,
- gestione derivazioni urinarie esterne,
- gestione alvo, ...

AREA FISIOTERAPICA

- rieducazione motoria,
- rieducazione respiratoria,
- mobilitazione,
- educazione famiglia/addestramento ausili, ...

AREA MEDICINA SPECIALISTICA

- consulenza di medici specializzati in fisiatria, geriatria.

ALTRE FIGURE PROFESSIONALI

- educatore, psicologo, logopedista, terapeuta occupazionale.

ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

- Per l'attivazione del Servizio di Cure Domiciliari è necessario rivolgersi al proprio Medico curante o medico ospedaliero/struttura riabilitativa (in caso di dimissioni ospedaliere/struttura riabilitativa) oppure, in fase di sperimentazione, anche al medico specialista
- Il Medico, se ne ricorrono i presupposti, segnala alla ASST territorialmente competente il bisogno socio-sanitario del Suo Assistito
- L'ASST provvede alla valutazione *Triage, primo contatto*, con cui si segnala la condizione di fragilità del paziente e si richiede l'attivazione del servizio
- Esito positivo del Triage: accesso alla *valutazione multidimensionale* di secondo livello, con la quale si assegna il **PROFILO ASSISTENZIALE** corrispondenti all'impegno assistenziale, alla complessità dell'intervento richiesto e la relativa tariffa
- Assegnato il **VOUCHER** l'Assistito ha la certezza della copertura economica delle cure domiciliari pianificate (a carico del Sistema Sanitario Regionale) ed ha la libertà di scegliere il Soggetto Accreditato a cui rivolgersi per l'erogazione del Servizio.
- Il soggetto accreditato (Ente) prescelto predisporre la pianificazione degli obiettivi e degli interventi concordandolo con l'utente o con i familiari
- le sedi, in collaborazione con le ASST territoriali, provvedono ad effettuare il primo contatto telefonico con l'utente, verrà dettagliato il servizio, organizzata la prima uscita e comunicati i nominativi dei professionisti che si prenderanno a carico l'utente.

SOLO successivamente alla valutazione multidimensionale (di norma effettuata presso il domicilio della persona) effettuata dal personale dell'ASST di appartenenza, alla redazione del PI (progetto individuale) e all'assegnazione del *PROFILO DI CURA*, l'ente potrà dare inizio all'assistenza.

PRESTAZIONI RIABILITATIVE

Le prestazioni riabilitative richiedono precisazioni e approfondimenti circa i requisiti d'accesso, di seguito descritti.

Per le prestazioni riabilitative, si richiama quanto esplicitamente contenuto nel "Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione" del Ministero della Salute (2010) nel quale, a proposito della riabilitazione a domicilio viene chiaramente evidenziato che tali prestazioni, di norma, a domicilio:

- sono erogabili solo se previste "dal progetto riabilitativo elaborato da parte del medico specialista in riabilitazione";
- riguardano persone "impossibilitate ad accedere ai servizi ambulatoriali"
- costituiscono ".....il proseguimento di quanto realizzato nelle fasi precedenti"

Nel caso di richiesta da parte di un medico prescrittore unicamente di prestazioni riabilitative, una volta valutata l'appropriatezza sulla base delle linee guida riportate nel "Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione" del Ministero della Salute, si procede alla valutazione ai fini della rilevazione dei bisogni complessivi, propedeutica alla redazione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).

Risultano inappropriate di conseguenza le prestazioni riabilitative assicurate nell'ambito delle Cure Domiciliari che:

- NON abbiano un progetto riabilitativo elaborato dal medico specialista dal quale si evincano gli elementi di continuità con gli interventi precedenti e gli obiettivi dell'intervento;
- sono rivolte ad assistiti in possesso di PRI (Progetto Riabilitativo Individuale) e di pri (Programma Riabilitativo Individuale) la cui stesura è stata effettuata da una Unità di riabilitazione ex D.G.R. 19883 del 16 dicembre 2004;
- siano prestate a persone che possono accedere ai servizi ambulatoriali. L'impossibilità di accesso a servizi ambulatoriali deve riguardare la situazione clinica e funzionale della persona e NON può riguardare aspetti relativi la distribuzione territoriale dei servizi o l'assenza di *caregiver* disponibili e, pertanto, DEVE essere certificata dal medico specialista in sede di redazione del progetto di intervento domiciliare.

MODALITA', TEMPI DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO, RECAPITI

LA PRESA IN CARICO (ossia il tempo che trascorre dalla data del primo contatto alla definizione del piano di assistenza individuale PAI) avviene **ENTRO 72 ORE**, salvo urgenze segnalate dal medico o dalla struttura ospedaliera. In caso di prestazioni riabilitative, si può procedere all'attivazione anche successivamente alle 72 ore con requisiti di accesso ben precisi.

Per ATTIVARE la presa in carico è necessario contattare telefonicamente il call center o la centrale operativa territoriale (ove presente) come di seguito definito:

CALL CENTER SEDE REGIONALE: TEL 02.96409232 333.1862172

DAL LUNEDI A GIOVEDI DALLE ORE 8.30 ALLE ORE 13.30

DALLE ORE 14.00 ALLE ORE 17.00

VENERDI DALLE ORE 8.30 ALLE ORE 16.30

REPERIBILITA' TELEFONICA DELL'OPERATORE RESPONSABILE DELL'ASSISTENZA CURE DOMICILIARI ED
EVENTUALE ACCESSO NON PROGRAMMATO AL DOMICILIO
7 GIORNI/SETTIMANA DALLE ORE 9.00 ALLE ORE 18.00

- **EMAIL:** segreteria@finisterre.medicair.it
carloaugusto.marazzini@finisterre.medicair.it

SEDE INTEGRATA:					
	INDIRIZZO	TELEFONO	FAX	E-MAIL	REFERENTI
	Gerenzano, Via Stazione, 3/5	0296409232	0296389616	rossana.capellini@finisterre.medicair.it inubria@finisterre.medicair.it busto@finisterre.medicair.it	Rossana Capellini Raffaella Montrasio
SEDI OPERATIVE:					
	INDIRIZZO	TELEFONO	FAX	E-MAIL	REFERENTI
ATS Insubria	Gerenzano, Via Stazione, 3/5	0296409232	0296389616	inubria@finisterre.medicair.it busto@finisterre.medicair.it	Raffaella Montrasio
ATS Milano	Milano, Via Ludovico di Breme, 9	0273952837 3892099719	0296389616	milanocitta@finisterre.medicair.it milano1@finisterre.medicair.it milano2@finisterre.medicair.it	Paolo Gatti

ATS Brescia	Brescia, via Del Mella, 13	0303375807	0363562161	brescia@finisterre.medicair.it	Silvia Abdel Mesih
ATS Bergamo	Caravaggio, via Spartaco, 31	0350785971	0363562161	bergamo@finisterre.medicair.it	Monica Bianchi
ATS Brianza	Merate, via Quintaberta 30	0399419200	0399419201	monzabrianza@finisterre.medicair.it lecco@finisterre.medicair.it brianza@finisterre.medicair.it	Chiara Motta
ATS Pavia	Vigevano, Via Santa Maria, 8	0381651230 3883989818	0296389616	pavia@finisterre.medicair.it adi.pavia@finisterre.medicair.it	Paolo Gatti
ATS della Montagna *	Merate, via Quintaberta 30	0399419200	0399419201	lecco@finisterre.medicair.it	Lucrezia Gioia

*Ats Della Montagna : Finisterre opererà in questa ATS in quanto la sede di Merate è ubicata nel territorio della ASST Lecco, confinante con il territorio della ASST Della Valtellina e Alto Lario.

È prevista possibilità per gli assistiti di accoglimento dei messaggi tramite segreteria telefonica negli orari di chiusura dell'attività amministrativa.

Garantisce la copertura delle cure con la loro distribuzione su:

5 giorni a settimana (dal lunedì al venerdì) per attività prestazionali o monoprofessionali 7 giorni settimanali per le attività integrate (un numero non inferiore a 49 ore settimanali di assistenza distribuita sui 7 giorni in ragione della risposta al bisogno collegato ai Piani di Assistenza Individuali aperti)

MODALITA' ESECUTIVE DEL SERVIZIO CURE DOMICILIARI

Attivazione :

1. prescrizione dall'MMG (medico curante)
2. dimissione ospedaliera/struttura riabilitativa (dimissione protetta)
3. prescrizione medico specialista

Valutazione:

Di esclusiva competenza del personale dell'ASST di appartenenza, prevede due fasi:

1. valutazione Triage: ha l'obiettivo di identificare i bisogni complessi di natura socio-sanitaria, dai bisogni di natura monoprofessionale
2. valutazione multidimensionale di secondo livello: successiva alla valutazione positiva della Triage, esamina sia i bisogni socio-sanitari (valutazione funzionale) sia i bisogni sociali (valutazione sociale).

La valutazione di secondo livello viene eseguita da un'équipe multidisciplinare (infermiere professionale, medico, assistente sociale) e avviene di norma, presso il domicilio dell'utente.

Dalla valutazione multidimensionale vengono determinati:

- livello di gravità della persona e relativo profilo assistenziale o prestazionale
- durata dell'intervento
- eventuale urgenza
- valore economico del voucher

Progettazione

Le Cure Domiciliari sono a capo all'ASST di appartenenza.

Il progetto individuale (PI), che nella riabilitazione assume il nome di progetto riabilitativo individuale (PRI), sulla base della valutazione dei bisogni emersi, definisce le aree di intervento ed esplicita, in ogni area individuata, gli obiettivi perseguibili. Ne costituiscono quindi elementi essenziali:

- la sintesi dei bisogni come esito della valutazione multidimensionale;
- l'individuazione dell'area di intervento;
- la descrizione degli obiettivi della presa in carico;
- l'individuazione di indicatori misurabili relativi agli obiettivi;
- la definizione dei tempi di verifica per i singoli obiettivi.

Fornisce inoltre evidenza dell'avvenuta informazione e condivisione con l'assistito o l'avente titolo, con il familiare o il caregiver.

N.B.: Per i soli utenti che usufruiscono di profili prestazionali "prelievi" non si rende necessaria la predisposizione del Fasas.

Il progetto individuale deve essere predisposto entro trenta giorni dall'accoglienza e presa in carico dell'utente, salvo diversa indicazione nella normativa specifica delle unità d'offerta e con riguardo alla peculiarità delle casistiche trattate.

Il progetto individuale deve dare atto delle rivalutazioni, che devono svolgersi ogni qualvolta si renda necessario e comunque con una periodicità non superiore a sei mesi.

Sulla base del progetto individuale viene redatta la pianificazione degli interventi che, a seconda della tipologia di utenza trattata, assume le forme del piano assistenziale individuale (PAI) o del piano educativo individuale (PEI) o del programma riabilitativo individuale (pri).

Per tutte i profili, viene contattato l'MMg dell'utente e a sua discrezione, la prima uscita, può essere effettuata congiuntamente.

Presa in carico dell'utente

- a. L'utente a cui è stato rilasciato il voucher, contatta Finisterre S.r.l. MedicAir Group per chiedere l'avvio dell'assistenza domiciliare.
- b. L'operatore di riferimento di Finisterre S.r.l. MedicAir Group si accorda con l'utente per la data e l'orario per il primo accesso durante il quale verrà eseguita anche la stesura del PAI e la definizione degli obiettivi assistenziali.
- c. Tutto il personale assistenziale è dotato di tesserino di riconoscimento.
- d. Gli operatori raggiungono gli utenti utilizzando i propri automezzi garantendone l'idoneità e presentando autodichiarazione che attesti la copertura assicurativa e la manutenzione periodica, assumendosene la responsabilità.

Finisterre s.r.l. in concomitanza alla firma del contratto di lavoro, del rinnovo annuale e ogni qualvolta si verifichi la necessità verifica la conformità dei mezzi di trasporto di proprietà dell'operatore.

- e. La presa in carico (cioè il tempo che trascorre dalla data del primo contatto alla definizione del PAI) deve essere garantita entro 72 ore salvo urgenze segnalate dal medico o dalla struttura ospedaliera, che devono essere prese in carico entro 24 ore, le prestazioni di riabilitazione ricomprese possono essere attivate anche successivamente alle 72 ore.

N.B.: L'operatore sanitario che prende in carico l'assistito ha sia un ruolo assistenziale che educativo per permettere all'assistito di ricevere, accanto alle prestazioni assistenziali, anche un'educazione alla conoscenza e alle modalità di soluzioni dei problemi di salute. Per far questo l'operatore deve attuare interventi adatti alle conoscenze e alle esperienze dell'assistito e dei familiari.

Predisposizione Del Fasas

Il Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario è l'insieme unitario della documentazione sociosanitaria relativa all'assistito. Il FASAS si articola in diverse sezioni atte a rendere evidenza del progetto di presa in carico dell'utente, degli interventi pianificati ed attuati, nel rispetto della situazione individuale e relazionale dell'utente, assicurati dall'unità d'offerta.

Il FASAS è comprensivo:

- delle sezioni anamnestiche riferite ai singoli professionisti coinvolti nel percorso assistenziale;
- della sezione relativa all'analisi/valutazione della situazione del singolo utente e, ove necessario e opportuno, del suo contesto familiare. Tale sezione comprende la documentazione riferita ad aspetti sanitari e/o assistenziali e/o psico-sociali che attestino le valutazioni cliniche, relazionali, delle abilità funzionali dell'utente, etc. Tale sezione deve essere debitamente aggiornata con gli esiti delle eventuali rivalutazioni che dovessero rendersi necessarie nel periodo di presa in carico dell'utente. In particolare, dovrà contenere: o l'indicazione degli strumenti validati in uso per le valutazioni (scale di valutazione); o le valutazioni dei diversi professionisti in funzione del bisogno rilevato e può coinvolgere a seconda della situazione tutte o alcune delle seguenti aree tematiche:
 - area medica;
 - area psicologica;
 - area sociale;
 - area infermieristica;
 - area riabilitativa;
 - area educativo-animativa;
 - area dell'assistenza tutelare;
- della sezione relativa al percorso dell'utente.

Tale sezione deve dare evidenza della Progettazione, della Pianificazione e attuazione degli interventi, dei protocolli assistenziali e/o delle procedure adottati nelle diverse aree interessate, come sopra individuate. Costituiscono parte indispensabile di tale sezione la presenza:

 - Progetto Individuale relativo all'assistito (PRI - Progetto Riabilitativo Individuale nella riabilitazione);
 - Pianificazione degli interventi – PAI e PAI semplificato (Piano assistenziale individuale) / PEI (Piano Educativo Individuale/ pri (programma riabilitativo individuale), etc.;
 - Diario assistenziale, che deve essere compilato da tutte le figure professionali coinvolte nel percorso assistenziale dell'utente.
- la sezione relativa alla modulistica comprendente: i moduli riferiti alla tutela della privacy redatti secondo la normativa vigente e firmati, i moduli relativi al consenso informato per gli specifici atti sanitari proposti; o la documentazione (anche in copia) relativa alla tutela giuridica della persona, se ed ove prevista.

Alla dimissione dell'utente, verranno allegate anche tutte le schede/moduli, utilizzati durante il percorso assistenziale dal personale coinvolto (scale di valutazione, scheda per la prevenzione lesioni da pressione, scheda trattamento lesioni cutanee, scheda dolore).

Pianificazione degli interventi (PAI, PAI semplificato, PEI, pri)

L'operatore responsabile dell'assistenza si reca al domicilio dell'utente per stesura del modulo di pianificazione, "Pianificazione e progettazione interventi", che deve essere controfirmato dall'utente stesso o dal caregiver e conservata una copia in sede, anche il voucher deve essere ritirato, **il PAI deve essere concordato e condiviso con l'utente, ove possibile, e con un familiare e con l'MMG.**

Il PAI/PAI semplificato/PEI/pri definito deve essere coerente con quanto emerso in sede di valutazione del bisogno e della progettazione

Nel PAI/PAI semplificato/PEI/PRI DOVRANNO ESSERE INDICATE:

- Gli interventi e le modalità di attuazione (come? con quale intensità? dove? per quanto tempo?);
- La composizione dell'équipe o degli operatori coinvolti;
- la frequenza,
- la tipologia di materiale utilizzato (in particolare per le medicazioni),
- gli obiettivi di cura, la durata del percorso assistenziale.
- Verifica del raggiungimento degli obiettivi
- Evidenza di eventuali sospensioni/interruzioni e relative motivazioni:

- Se durante il percorso assistenziale, emergono variazioni nelle condizioni della persona assistita (es. l'utente si aggrava), che comportino una modifica dei GEA è necessario comunicarlo immediatamente, tramite email, all'ASST che provvederà ad una nuova valutazione.
- Le attività previste nel PAI devono essere riportate in modo esaustivo nel diario assistenziale.
- Il PAI deve essere controfirmato dall'utente o da un familiare/caregiver.
- Una copia del PAI/PAI semplificato/PEI/pri e PRI (per la riabilitazione) deve essere lasciata all'utente.
- PRI/pri devono essere sottoscritti da tutti i componenti del team riabilitativo.
- Il PRI deve rispettare i criteri di appropriatezza delle prestazioni riabilitative nel rispetto della DGR vigente.
- Il PRI presenta gli elementi di continuità con gli interventi precedenti e esplicita gli obiettivi dell'intervento.
- Le prestazioni riabilitative sono erogabili solo se previste dal progetto riabilitativo elaborato da parte del medico specialista in riabilitazione non afferente ad una Unità di riabilitazione.
- Le prestazioni riabilitative riguardano persone impossibilitate ad accedere ai servizi ambulatoriali. L'impossibilità di accesso a servizi ambulatoriali deve essere certificata dal medico specialista in sede di redazione del PRI domiciliare.
- Per la rivalutazione del PAI/PAI semplificato/PRI/PEI può essere utilizzato il modulo "Pianificazione e progettazione interventi".

Il **PAI semplificato** deve essere utilizzato SOLO per le cure domiciliari prestazionali o monoprofessionali, escluso il prelievo per il quale è sufficiente la registrazione della prestazione.

Diario Assistenziale

Nel diario assistenziale devono **SEMPRE** essere riportati:

- data, ora di inizio e di termine dell'erogazione, **esaustiva** spiegazione di quello che si è fatto (es. medicazione, rilevamento parametri vitali etc), dell'eventuale evoluzione della condizione clinica (es. stadio di ulcera/decubito) e del materiale sanitario utilizzato. Le semplici diciture: "COME SOPRA" e "MEDICAZIONE" non sono da ritenersi appropriate.

Il diario assistenziale DEVE essere controfirmato AD OGNI ACCESSO; da ambo le parti (operatore e utente/caregiver/badante).

Viene inoltre richiesto al paziente la firma del modulo per l'autorizzazione al trattamento dei dati sensibili e quello per il trattamento sanitario (per i minori sono stati predisposti moduli specifici) presso il domicilio dell'utente (la corretta conservazione del diario **durante** il processo assistenziale è a carico dell'utente/caregiver), che risponderà di eventuali manomissioni, perdita e consultazione non autorizzata). Solo alla dimissione dell'utente i diari clinici vengono ritirati dall'operatore dell'Ente e conservati nel fascicolo utente, qualora fossero necessari al personale amministrativo dell'Ente per la rendicontazione mensile, potranno essere ritirati provvisoriamente SOLO gli ultimi due giorni del mese e i primi due del mese successivo a quello di rendicontazione.

Documentazione che viene lasciata presso il domicilio dell'utente

A domicilio del paziente verrà lasciata la seguente documentazione:

- voucher
- copia PAI
- brochure informativa con recapiti telefonici,
- diario assistenziale,
- modulo reclamo,
- questionario di gradimento
- scheda illustrativa per la prevenzione delle lesioni da pressione
- scheda di prevenzione delle lesioni da pressione
- scheda per il trattamento delle lesioni cutanee (ove necessario)

- scheda dolore
- questionario per caregivers (dovrà essere somministrato dopo congruo tempo)
- Su richiesta carta dei servizi

Documentazione che viene ritirata dopo la presa in carico/primo accesso

- Copia del PAI/PEI/pri firmato
- Voucher firmato
- Scale di valutazione debitamente compilate
- Scheda sanitaria (per le sole ATS ove prevista la compilazione da parte dell'Ente)
- Modulo di avvenuta consegna del materiale informativo dell'Ente
- PRI, se non presente è necessario che il Fisiatra dell'Ente provveda a redigerlo
- Dichiarazione di consenso: al trattamento dei dati sensibili e a quello sanitario

Erogazione delle prestazioni

- Vengono erogate le prestazioni previste dal PAI
 - Il nuovo paziente viene inserito nel piano di lavoro dell'operatore che ne seguirà l'assistenza
 - L'operatore provvede ad avvisare il paziente dei giorni e degli orari in cui verranno erogate le prestazioni
 - L'operatore deve disporre SEMPRE, del materiale necessario ad erogare le prestazioni
 - L'operatore deve garantire adeguati standard di sicurezza e qualità nell'erogazione delle prestazioni
- FINISTERRE S.R.L MEDICAIR GROUP ha adottato un questionario di gradimento (customer satisfaction) per valutare la qualità del servizio erogato, che viene consegnato al paziente in una busta con il modulo di reclamo e compilato al termine dell'assistenza dall'utente o dal caregiver. I suddetti questionari vengono ritirati in busta chiusa, dall'operatore responsabile dell'assistenza ed elaborati statisticamente 2 volte l'anno. I risultati verranno analizzati in sede di riesame della Direzione nel periodo di giugno e dicembre. Inoltre, su richiesta del paziente o di un familiare può essere richiesta una copia del report al Responsabile Gestionale.
- Per tutte i profili, viene contattato l'MMG dell'utente e a sua discrezione, la prima uscita, può essere effettuata congiuntamente.

Dimissione

Per dimissione s'intende la chiusura della pratica per i motivi previsti dal tracciato SIAD.

In caso di decesso dell'assistito la data di dimissione coincide con la data del decesso, mentre in caso di ricovero ospedaliero superiore ai 15 gg, la data di dimissione coincide con il giorno del ricovero.

La dimissione deve essere dettagliata nel diario assistenziale.

Pertanto in caso di sospensione del PAI superiore ai 15gg questo deve essere chiuso.

L'eventuale ripresa in carico del medesimo utente riattiva l'iter dalla fase iniziale di valutazione.

MODIFICHE ALL'ATTIVITA' PROGRAMMATA

Tutti gli Operatori devono prontamente comunicare al Responsabile del servizio (o suo delegato) eventuali variazioni rispetto all'attività programmate: ritardi, modifiche rispetto ai giorni ed agli orari di effettuazione degli accessi, assenze dei Pazienti, sospensione delle attività, ecc.

Il Responsabile del servizio provvede a sostituire gli Operatori in caso di assenza e a riorganizzare l' "agenda" settimanale delle attività programmate, al fine di garantire la necessaria continuità assistenziale al Paziente in carico al Servizio. Provvede inoltre a comunicare al Paziente o ad i suoi familiari le modifiche apportate al planning delle attività previste.

SI DEVONO DUNQUE SEGNALARE SEMPRE E TEMPESTIVAMENTE :

1. EVENTUALI CAMBIAMENTI DI ORARIO
2. ASSENZE IMPROVISE
3. ASSENZE PROGRAMMATE (AD ES. VACANZE)

Qualunque mancanza di informazione al Distretto produce danni o disagio ai Pazienti, si ripercuote negativamente sulle attività gestionali ed organizzative e soprattutto impedisce di tutelare gli Operatori Domiciliari.

LA SCHEDA DI RIEPILOGO DELL'ATTIVITA' EROGATA

È prevista da parte degli Operatori domiciliari la compilazione di un modulo contenente dati riepilogativi e riassuntivi relativi alle attività svolte, finalizzata a:

1. verificare la corrispondenza tra attività programmate (pianificate) ed attività realmente erogate, analizzando e correggendo le eventuali differenze;
2. elaborare dati riepilogativi e statistici in merito alle attività erogate nell'ambito del Servizio Domiciliare, sia da parte dell' che da parte della Società;
3. avviare le procedure di tipo amministrativo relative ai servizi prestati.

È pertanto di fondamentale importanza che la modulistica predisposta venga compilata completamente, correttamente ed in modo chiaro e leggibile, sulla base delle indicazioni di seguito fornite. È altrettanto importante che la suddetta modulistica venga consegnata entro i termini previsti, onde evitare ripercussioni non indifferenti sulle attività gestionali ed organizzative correlate ai riepiloghi ed alle rendicontazioni.

È infine opportuno ricordare che tutte le informazioni indicate nei moduli deve necessariamente ed inequivocabilmente corrispondere a quanto REALMENTE effettuato presso il domicilio del Paziente e, se previsto, presso il Distretto o la Sede/Uffici della Società. Non debbono pertanto in nessun caso essere indicati o riportati "arrotondamenti", "standardizzazioni" o dati non oggettivamente riscontrabili e verificabili.

Tutte le indicazioni di seguito riportate, qualora seguite in modo corretto, contribuiranno a rendere più agevole il lavoro di tutti ed eviteranno disguidi, incomprensioni, spiacevoli controlli ed inutili ritardi.

Qui di seguito verranno riportate le indicazioni relative alla modalità di compilazione dei suddetti campi, spesso utilizzati anche per altri moduli (ad esempio il Diario Domiciliare).

• **ASSISTITO**

È il campo nel quale viene inserito il nominativo (Cognome e Nome) del Paziente.

LE PAUSE E LE INTERRUZIONI

Non verranno conteggiati in nessun caso (né pertanto dovranno essere riportati sul modulo) né il tempo di spostamento impiegato né il chilometraggio percorso tra l'ultimo Paziente assistito prima della pausa/interruzione ed il primo Paziente dopo la pausa/interruzione.

• **DATA**

In questo campo deve essere riportata la data di effettuazione dell'accesso domiciliare (anche se diversa rispetto a quella programmata).

• **PRESTAZIONI**

Tale campo, suddiviso in diversi sottocampi, contiene le indicazioni relative alla tipologia di attività che è stata effettuata. Per semplicità d'uso (e soprattutto di registrazione) ogni attività è codificata in sigle/codici specifici

(la cui legenda è disponibile sul retro di ogni modulo). In tali campi devono essere riportate con esattezza e precisione tutte le prestazioni che sono state effettuate al domicilio.

- **MINUTI ACCESSO / DURATA ACCESSO**

In tale campo deve essere indicata la effettiva durata (espressa in minuti) dell'accesso domiciliare effettuato, in sintesi la differenza tra ora di inizio e ora di fine. Non sono ammessi arrotondamenti.

ATTENZIONE: i minuti indicati devono corrispondere esattamente alla differenza tra ora di fine ed ora di inizio riportate sul diario domiciliare (vedi oltre).

- **FIRMA DELL'OPERATORE**

Deve sempre essere presente, in modo chiaro e leggibile, ovunque sia richiesta.

- **NOTE**

In questo ultimo campo vanno indicate le sigle riportate nella legenda presente sul retro del modulo riepilogativo e relative alla tipologia (natura) dell'accesso domiciliare effettuato.

Nel caso si debba indicare un accesso effettuato in **COMPRESENZA** (C), lo si deve fare sulla base delle seguenti indicazioni:

- se un Operatore insegna all'altro, chi "impara" indica la compresenza e chi "insegna" indica semplicemente l'accesso. In sintesi, la compresenza è un accesso di apprendimento, non di insegnamento;
- se due Operatori svolgono l'attività insieme perché ad esempio si tratta di erogare prestazioni in favore di un Paziente multiproblematico (quindi nessuno insegna e nessuno impara), ciascun Operatore indica l'accesso normalmente, senza utilizzare la sigla C (COMPRESENZA).

N.B. Per quanto riguarda la voce ALTRO (A), in tale campo devono essere segnalate le eventuali attività non effettuate al domicilio del Paziente e non già descritte nella legenda delle NOTE. (es. rifornimento materiale). Non devono in ogni caso comparire in tale campo segnalazioni di tipo diverso, come ad esempio la segnalazione della frazione del Comune nel quale è stato effettuato l'accesso.

Tempi e modalità di consegna della modulistica riepilogativa

La modulistica riepilogativa deve essere consegnata o inviata via fax/email (purché in modo chiaro e leggibile)

in Sede TUTTE LE SETTIMANE ENTRO E NON OLTRE IL GIOVEDÌ DELLA SETTIMANA SUCCESSIVA A QUELLA DI RIFERIMENTO .

A prescindere da quanto sopra definito, al termine di ogni mese la modulistica deve pervenire in Sede ENTRO E NON OLTRE IL SECONDO GIORNO LAVORATIVO DEL MESE SUCCESSIVO a quello di riferimento, anche se si trattasse di giorno infrasettimanale.

STRUMENTI E MODALITA' DI CONSEGNA

Le consegne tra operatori avvengono tramite riunioni d'équipe, messaggistica da App ed e-mail al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi previsti nel piano di assistenza individuale.

Per garantire e agevolare la continuità delle informazioni tra gli operatori per il passaggio di consegna è stato predisposto un modulo dedicato. Le sedi operative garantiscono e gestiscono la sostituzione degli operatori, mentre la compilazione del modulo "Passaggio di consegne" è a cura dell'operatore a cui sono stati assegnati i pazienti.

Le modalità di consegna sono comunque governate dalla sede operativa di appartenenza e dal coordinatore di sede.

E' prevista inoltre la pubblicazione di avvisi e informative per tutte le comunicazioni legate a sostituzioni programmate di personale (es. programmazione ferie) tramite le bacheche fisiche presenti nelle sedi operative e quelle digitali.

SOSTITUZIONE PERSONALE

La Società predilige che ogni operatore abbia in carico dall'inizio alla fine della prestazione sempre lo stesso paziente.

E' importante, pertanto, che le assenze vengano programmate. A tale scopo l'operatore di riferimento deve avvisare con congruo preavviso il Responsabile della Sede Operativa che provvederà a reperire il sostituto più consona e a far sì che questo venga accompagnato per almeno 2 volte al domicilio del Paziente in modo da valutare insieme le procedure adottate e per prendere in loco appuntamenti/consegne.

Le consegne verranno sempre scritte e consegnate al sostituto ed in copia anche alla Sede Operativa della Società. Questo, insieme alla presa visione del diario clinico e della modulistica legata al Paziente, consente un'accurata sostituzione del personale anche nel caso di sostituzioni non programmabili (per esempio per malattia o altri tipi di imprevisti). In quest'ultimo caso è obbligo dell'operatore avvertire prontamente il Responsabile della Sede Operativa che, secondo la disponibilità di personale, provvede alla sostituzione e ad avvisarne il Paziente/familiari. **IN OGNI CASO L'ASSISTENZA NON SARA' INTERROTTA O SOSPESA.**

Prima di prendere servizio il nuovo operatore deve:

- consegnare in sede amministrativa tutti i documenti richiesti,
- acquisire i protocolli e le procedure operative del servizio,
- ritirare il materiale occorrente per le prestazioni presso la sede,
- ritirare il tesserino di riconoscimento,
- premunirsi di tutta la documentazione cartacea per la rendicontazione,

N.B. non vi è ad oggi divisa ufficiale, si chiede, tuttavia, di indossare capi comodi ma consoni al lavoro svolto a domicilio, la società fornisce i camici monouso.

Inoltre a tutti gli operatori, in relazione alla mansione svolta, vengono consegnati gli specifici dpi

TURN OVER

La Società ha individuato diversi fattori per diminuire al minimo il turn over.

A) Fattori interni:

- lavoro in equipe multidisciplinare,
- autogestione del collaboratore su orari e giorni lavorativi,
- possibilità di corsi interni(in orario lavorativo) atti a valorizzare ogni disciplina socio/sanitaria,
- possibilità a partecipare a corsi di proprio interesse professionale.

B) Fattori esterni:

- espansione della società in termini territoriali e numerici,
- tipologie sempre più varie degli assistiti,
- valorizzazione degli aspetti tecnologici di supporto all'operatore,
- ricerca dei presidi di nuova generazione.

C) Altri fattori:

- cooperazione con altre strutture presenti sui territori,
- nuove acquisizioni in campo specialistico,
- lavoro ad obiettivo,
- report dello stato avanzamento lavori.

La continua ricerca del "nuovo" e la valorizzazione del "vecchio" rispecchiano il desiderio del team di navigare a vele spiegate, la motivazione personale e professionale riducono sempre più il rischio del turn over.

I REFERENTI DELLA SOCIETA'

Per tutti gli Operatori sono inoltre disponibili specifici Referenti afferenti alla Società, disponibili per la discussione e risoluzione di problematiche sanitarie, organizzative ed amministrativo/contrattuali:

AMBITO OPERATIVO	REFERENTE
LEGALE RAPPRESENTANTE	COLOMBO ANDREA
DIRETTORE GENERALE (DG)	DARIO ANGARONI
DIRETTORE SANITARIO (Ds)	CARLO AUGUSTO MARAZZINI
MEDICO COMPETENTE	MARCO TIBILETTI
RESPONSABILE AMMINISTRATIVO	ROBERTO TURRA
RSPP	ANDREA RIMOLDI
CARE MANAGER (CM)	BERGAMO: LARA FACCHETTI BRESCIA: MASSIMO GENTILE TORTORELLI BRIANZA: ROSSANA CAPELLINI PAVIA: ROSSANA CAPELLINI INSUBRIA: BRENNIA ALICE MILANO: ROBERTO MARRONE MONTAGNA: MARIA ZABOI
REFERENTI AMMINISTRATIVE PER ATS	BERGAMO: MONICA BIANCHI BRESCIA: LA GROTTA ROSA BRIANZA: CHIARA MOTTA PAVIA: PAOLO GATTI INSUBRIA: RAFFAELLA MONTRASIO MILANO: PAOLO GATTI MONTAGNA: LUCREZIA GIOIA
RESPONSABILE GESTIONALE SERVIZIO SOCIO SANITARIO (RG)	ROSSANA CAPELLINI
RESPONSABILE COMMERCIALE E URP (RCOMM)	DARIO ANGARONI
RESPONSABILE ACCREDITAMENTO (RA)	ROSSANA CAPELLINI
RESPONSABILE GESTIONE QUALITÀ (RGQ)	MAURIZIO GUARNERI
RESPONSABILE AREA FARMACEUTICA (RAF)	ROSSANA CAPELLINI
RENDICONTAZIONE (AMM)	PERSONALE AMMINISTRATIVO
SEGRETERIA (AMM)	PERSONALE AMMINISTRATIVO
RESPONSABILE URP	CARLO AUGUSTO MARAZZINI
RESPONSABILE AREA INFORMATIVA	MARCO FILIPPINI
ORGANISMO DI VIGILANZA	LUCA ENRICO MARIA DEGANI

	CESARE ORIENTI FABRIZIO SARDELLA
REFERENTE FINISTERRE PER ODV	CARLO AUGUSTO MARAZZINI
RESPONSABILE PRIVACY	FEDERICA ZAPPONE
RESPONSABILE FORMAZIONE	CARLO AUGUSTO MARAZZINI
RESPONSABILE COVID	CARLO AUGUSTO MARAZZINI

Il Sistema organizzativo viene rivalutato ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità e comunque con una periodicità non superiore al triennio.

LE FIGURE PROFESSIONALI ADDETTE AL SERVIZIO CURE DOMICILIARI

Le figure professionali coinvolte nell'operatività del Servizio Cure Domiciliari sono le seguenti:

- n° 1 Responsabile Sanitario
- n° 1 Responsabile Gestionale
- n° 1 Responsabile Accreditamento
- n° 1 Responsabile Area Farmaceutica
- n° 1 Responsabile Relazioni con il Pubblico
- n° 1 Responsabile Formazione
- n° 1 RSPP
- n° 18 addette al front-office e all'attività di rendicontazione
- n° 2 addette alla segreteria
- n° 2 addette all'amministrazione
- n° 76 Infermieri
- n° 85 Fisioterapisti
- n° 4 Logopedisti
- n° 16 OSS/ASA
- n° 2 assistente sociale
- n° 6 psicologo
- n° 18 educatori
- n° 6 referenti servizi territoriali
- n° 23 Specialisti medici e non: geriatra, fisiatra, medico palliativista, psicologo e nutrizionista.

Finisterre s.r. applica e rispetta il CCNL Cooperative Sociali e gli atti integrativi aziendali sulla sicurezza dei luoghi di lavoro nonché tutti gli adempimenti di legge nei confronti dei lavoratori dipendenti e dei lavoratori autonomi.

Finisterre applica e rispetta ogni vigente previsione prevista dal CCNL in tema di retribuzione e contribuzione.

SELEZIONE DEL PERSONALE

Le attività di selezione sono svolte in funzione dell'inserimento in azienda di risorse adeguate alle esigenze aziendali. Quando si manifesta l'esigenza di assumere del nuovo personale/collaboratori, la direzione stabilisce i requisiti e le caratteristiche richieste per la copertura della mansione di competenza. Tali requisiti sono evidenziati in apposita "Scheda riassuntiva per inizio attività di nuovo personale" in cui sono indicati i requisiti

minimi necessari per la posizione (Scolarità, qualifica, caratteristiche, ecc.) e nel caso di personale straniero si verifica la conoscenza della lingua attraverso la somministrazione di un TEST di Italiano.

Finisterre s.r.l. è in ricerca continua di nuovo personale da inserire al proprio organico, per chiunque sia interessato a inviare una candidatura spontanea può inviare il proprio CV all'indirizzo mail segreteria@finisterre.medical.it

Nel caso di necessità di personale in un determinato territorio e/o con una specifica professionalità vengono pubblicati annunci su piattaforme on line dedicate.

La direzione è responsabile per la ricerca e la selezione del personale/collaboratori in accordo ai requisiti definiti.

ORGANIZZAZIONE INTERNA DEL SERVIZIO CURE DOMICILIARI

L'organizzazione ha predisposto un regolamento interno per gli operatori C-Dom, regolamento che dovrà essere sottoscritto da ambo le parti.

Mensilmente:

- Consegna e analisi di nuovi protocolli, procedure istruzioni operative e gestione della modulistica.
- Consegna della modulistica necessaria agli operatori
- Consegna e ritiro del materiale necessario all'erogazione delle prestazioni (la richiesta effettuata su modulo apposito, dovrà pervenire via fax, almeno 3 gg prima).
- Predisposizione del piano di lavoro settimanale (dovrà essere considerata anche l'eventuale presenza di altre organizzazioni, SAD, volontari etc, di altri colleghi con profili professionali diversi, nonché la tipologia di prestazione da erogare (un prelievo ematico dovrà necessariamente essere fatto al mattino presto, un clistere evacuativo sarebbe meglio eseguirlo prima dell'eventuale igiene.).
- Analisi di eventuali problematiche (sia sociali, sia sanitarie di relazione).
- Consegna dei diari clinici (se utente dimesso)
- Tutti gli Operatori dovranno prontamente comunicare al Responsabile operativo eventuali variazioni rispetto all'attività programmate: ritardi, modifiche ai giorni ed agli orari di effettuazione degli accessi, assenze dei Pazienti, sospensione delle attività, ecc. Ogni operatore con cadenza quindicinale invia la griglia degli accessi svolti presso il domicilio alle sedi di competenza.
- Gestione e programmazione di audit per gli eventi avversi (vedi tabella programmazione audit)

Per garantire una continua e proficua interazione tra i diversi profili professionali coinvolti e per garantire un'assistenza adeguata, si terrà presso la sede centrale di Gerenzano e nelle sedi operative territoriali, una riunione tra gli operatori sanitari, il responsabile operativo ed eventuali specialisti.

La direzione ha eletto come responsabili dell'organizzazione, del controllo e dello sviluppo del servizio C-Dom, un Responsabile gestionale e un Responsabile Accreditamento.

COSA PUO' CAPITARE DURANTE L'ACCESSO DOMICILIARE

Nel corso dell'intervento domiciliare possono accadere diversi eventi avversi (si veda specifica procedura).

A titolo esemplificativo:

Urgenza domiciliare

Qualora l'Operatore dovesse trovarsi di fronte ad un'urgenza domiciliare di natura sanitaria deve attenersi scrupolosamente all'istruzione operativa specifica.

Nel caso si rendesse necessario il ricovero, l'Operatore presente al domicilio avrà cura di:

- contattare il servizio **112** richiedendo l'intervento dell'ambulanza;
- contattare l'MMG dell'utente;
- avvisare i familiari dell'utente, se non presenti a domicilio;

Richieste particolari da parte del Paziente o dei familiari

- esami ematochimici da eseguire a domicilio;
- visite specialistiche;
- aumento o diminuzione della frequenza degli accessi;
- fornitura di ausili (lettini, materassini antidecubito, carrozzine, ecc.).

I familiari dovranno in tali casi contattare il Distretto di afferenza per ricevere istruzioni ed indicazioni in merito alla modalità di presentazione delle richieste.

L'Operatore ritiene che gli Accessi siano troppi o troppo pochi o che ci siano bisogni rimasti scoperti

In questo caso l'Operatore segnalerà le problematiche riscontrate anche ai Referenti della Società.

Richiesta di prestazione che esulano dalle proprie competenze

Può capitare che il paziente o i familiari chiedano all'Operatore Domiciliare di effettuare compiti che non sono di sua competenza (pulizie, spesa, preparazione del pasto, interventi di tipo estetico, ecc.).

In questi casi si ritiene che l'Operatore Domiciliare debba sempre rispondere con cortesia dicendo che prima di fare cose non segnalate sul PAI deve chiedere in Distretto. L'Operatore segnala il problema ed eventualmente il Responsabile della Sede Operativa provvederà a parlare con il Paziente e con il familiare. Il criterio da seguire è comunque sempre quello del "buon senso" e della salvaguardia della salute del Paziente.

Richiesta di ulteriori accessi a pagamento

L'Operatore Domiciliare NON PUO' fornire prestazioni autonome a pagamento a favore di Pazienti assistiti in Convenzione con l'ATS, né tantomeno consigliarle. Nel caso in cui venisse richiesta un'integrazione di servizi, la si deve segnalare subito al Responsabile della Sede Operativa che provvederà a rispondere immediatamente alla richiesta nei modi più opportuni.

Lamentele da parte del Paziente o dei suoi familiari

Può accadere che il Paziente od un suo familiare si lamentino per il servizio offerto. In tal caso l'Operatore Domiciliare è pregato di astenersi da giudizi, commenti o promesse.

Suo compito sarà quello di segnalare l'accaduto al Responsabile della Sede Operativa ed ai propri Referenti della Società.

Il Paziente verrà cortesemente invitato a compilare l'apposito modulo per il reclamo, che potrà essere inviato al referente del servizio, via e-mail, via fax oppure essere "raccolto" telefonicamente.

Il Referente provvederà a dare una risposta all'utente e/o familiari, in forma scritta o orale.

UMANIZZAZIONE DELLE CURE E MODALITÀ OPERATIVE DI SUPPORTO

In caso di assistenza ad una persona fragile, si concorda con gli operatori la possibilità di contattare telefonicamente l'assistente sociale, il direttore sanitario ed i coordinatori domiciliari per favorire l'analisi ed il supporto biopsicologico per l'assistito. La direzione in collaborazione con l'assistente sociale avrà il compito di individuare i nodi della rete locale che possano rispondere ai bisogni del paziente.

Il team di coordinamento e la direzione sanitaria favoriscono momenti di condivisione tramite riunioni nella sede operativa, call online con gli operatori con cadenza trimestrale.

Finisterre inoltre mette a disposizione dei propri operatori il supporto psicologico (in loco o online) per accogliere le difficoltà e favorire strategie di coping negli operatori.

PROCEDURE, PROTOCOLLI ASSISTENZIALI E ISTRUZIONI OPERATIVE

L'organizzazione al fine di migliorare la gestione dei processi di assistenza, ridurre gli errori, tutelare la sicurezza degli operatori e dell'assistito, semplificare il lavoro degli operatori; facilitare e migliorare la comunicazione tra gli operatori, tra gli operatori e assistito/familiari; migliorare l'integrazione delle diverse figure professionali che partecipano al processo di assistenza, ha predisposto un "Sistema di Gestione della Qualità" con la redazione di procedure, istruzioni operative e moduli/schede apposite, a cui tutti gli operatori si dovranno attenere; inoltre sarà messa a disposizione della documentazione di supporto (protocolli clinici, linee guida internazionali, scale di valutazione...) al fine di garantire un livello qualitativo adeguato del servizio.

L'invio della suddetta documentazione può avvenire:

1. Via e-mail
2. Brevi mano

In ogni caso, gli operatori dovranno firmare il modulo di consegna della suddetta documentazione.

La documentazione predisposta è quella prevista dalla vigente normativa.

Qualora la nuova documentazione predisposta comportasse un cambiamento importante nel modus operandi degli operatori, si terranno incontri formativi ad "hoc", sia presso la sede Regionale che presso le sedi operative.

Inoltre a maggiore garanzia della serietà, dell'efficienza e della trasparenza dell'operato della società, si è applicato quanto previsto dal regolamento europeo 679/2016 sulla protezione dei dati personali e la predisposizione del Codice Etico.

FINISTERRE S.R.L MEDICAIR GROUP ha avviato l'implementazione di un sistema qualità secondo i requisiti previsti dalla norma UNI EN ISO 9001 : 2015.

I PROTOCOLLI SONO PREDISPOSTI SECONDO LE REGOLAMENTAZIONI DI REGIONE LOMBARDIA OPPORTUNAMENTE FIRMATI E DATATI.




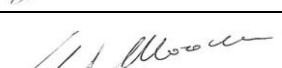

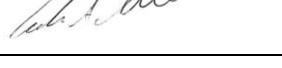


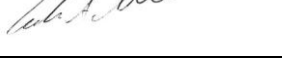
Finisterre srl si impegna ad aggiornare questo documento a far data dal 01.04.2022 in ottemperanza alla DGR XI/6867 del 02.08.2022 "DETERMINAZIONI IN ORDINE ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA IN ATTUAZIONE DELL'INTESA DEL 4 AGOSTO 2021 DI APPROVAZIONE DEI REQUISITI DI ESERCIZIO E ACCREDITAMENTO DELL'ADI, NELL'AMBITO DELLA CORNICE PROGRAMMATORIA COSTITUITA DALLA MISSIONE 6 DEL PNRR, DAL DM 77 DEL 23 MAGGIO 2022 RECANTE "MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE", DAL DM 29 APRILE 2022 DI APPROVAZIONE DELLE LINEE GUIDA ORGANIZZATIVE CONTENENTI IL «MODELLO DIGITALE PER L'ATTUAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE» E NEL PIÙ GENERALE QUADRO DEL POTENZIAMENTO DELLA SANITÀ TERRITORIALE DISPOSTO CON L.R. 22/2021 - (ATTO DA TRASMETTERE AL CONSIGLIO REGIONALE" in merito

- all'allegato 2), recante "Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata: riclassificazione dei profili assistenziali nei percorsi di cure domiciliari di base e di ADI integrata di I, II e III livello, in allineamento al DPCM LEA 2017 e definizione del nuovo sistema tariffario, nella cornice

programmatoria di cui alla missione 6 del PNRR, al DM 77 del 23 maggio 2022 di approvazione del Regolamento recante la 15 definizione di "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", al DM 29 aprile 2022 di Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» e nel più generale quadro del potenziamento della sanità territoriale disposto con L.R. 22/2021"; -

- all'allegato 3) recante "Prestazionale e percorsi standardizzati"

**Il Legale Rappresentante
Colombo Andrea**

Data	Revisione	Modifiche	Approvazione	Firma
10/01/2018	00	Prima emissione	D.S. Dott. Carlo Augusto Marazzini	
28/02/2019	01	Cambiati i referenti territoriali	D.S. Dott. Carlo Augusto Marazzini	
13/02/2020	02	Rinnovo annuale	D.S. Dott. Carlo Augusto Marazzini	
30/04/2021	03	Cambio denominazione sociale e cambio sede Bergamo	D.S. Dott. Carlo Augusto Marazzini	
12/07/2021	04	Cambio sede di Brianza	D.S. Dott. Carlo Augusto Marazzini	
10/03/2022	05	Volture 2022	D.S. Dott. Carlo Augusto Marazzini	
13/02/2023	06	Cambio sede Bergamo	D.S. Dott. Carlo Augusto Marazzini	
06/03/2023	07	Cambio sede Vigevano	D.S. Dott. Carlo Augusto Marazzini	
17/05/2023	08	Vigilanza Pavia	D.S. Dott. Carlo Augusto Marazzini	

DOCUMENTO ORGANIZZATIVO GESTIONALE CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE

FINISTERRE S.R.L. MedicAir Group

Via Varese 25/d – 21047 Saronno VA

Telefono 02-96409232

Fax 02-96389616

E-mail carloaugusto.marazzini@finisterre.medicair.it

AUTORIZZATO IL: 17/05/2023

IL LEGALE RAPPRESENTANTE: ANDREA COLOMBO

CHI SIAMO

FINISTERRE SRL MedicAir Group è una struttura accreditata da Regione Lombardia per offrire servizi di assistenza socio sanitaria domiciliare e cure palliative domiciliari.

Il primo accreditamento è avvenuto nel 2003 con l'azienda sanitaria di Varese, l'esperienza maturata negli anni ci ha permesso di ampliare l'attività nei territori di: Como, Milano1, Milano2, Milano città, Monza Brianza, Bergamo, Pavia, Lecco, Cremona e Brescia.

In seguito all'entrata in vigore della DGR 5918/16 dal 1°Ottobre 2017 Finisterre SRL si è accreditata come unità di cure palliative territoriali presso le seguenti ATS:

- ATS DELL'INSUBRIA
- ATS DI BRIANZA
- ATS DI BERGAMO
- ATS PAVIA

FINISTERRE è in grado di offrire, il servizio di Cure palliative, ovvero l'Organizzazione, l'Erogazione e la Gestione di Percorsi di Cura e di Assistenza al Suo domicilio (Home Care).

MISSION ED OBIETTIVI

La **mission** di FINISTERRE è prendersi cura della salute, della sicurezza, del benessere dei suoi assistiti (**scopo**) attraverso la progettazione, la realizzazione e la gestione di servizi sanitari e socioassistenziali (**attività**) che soddisfano i bisogni degli assistiti nel rispetto della dignità umana (**vision**), e nell'applicazione della Carta Europea dei diritti del malato.

I nostri **campi prioritari d'azione** riguardano non solo la cura del paziente e l'accuratezza del servizio, ma anche il controllo della cura e della qualità con cui agisce ogni nostro operatore al fine di instaurare un rapporto umano e professionale con il nostro assistito e la sua famiglia perché questi sono i **valori** a cui ci ispiriamo quotidianamente per svolgere e migliorare i nostri servizi.

FINISTERRE si avvale della collaborazione di personale e collaboratori con qualificata competenza e con maturata esperienza nell'ambito sociosanitario e del servizio di cure palliative al fine di:

- Garantire il percorso di cure palliative domiciliari personalizzando e dando continuità al paziente;
- Ricercare l'appropriatezza e l'efficacia delle cure;
- Realizzare una gestione integrata ed efficiente del processo

COS'E' E A CHI E' RIVOLTO IL SERVIZIO DI CURE PALLIATIVE

Le "*Disposizioni in merito alla evoluzione del modello organizzativo della rete delle cure palliative in Lombardia: integrazione dei modelli organizzativi sanitario e sociosanitario*"(DGR X/5918 del 28/11/2016) e ripropone, con forza, la centralità di percorsi di cura residenziali (*Hospice*) e domiciliari (*Servizio domiciliare*) in una particolare area di bisogni quale quella rappresentata dalla condizione terminale di vita, in presenza di malattie inguaribili, spesso connotate da dolore cronico e da altri sintomi gravi. In questi percorsi, familiari, sanitari e sociali, il paziente e la sua famiglia sono coinvolti in un profondo dolore esistenziale, fisico, psichico e relazionale che rinvia a interrogativi fondamentali che concernano il senso e il valore del vivere e del morire. In questo orizzonte, Finisterre, tramite le **Cure Palliative** garantisce interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale delle **Persone** pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte.

I SERVIZI DOMICILIARI

FINISTERRE è accreditata presso Regione Lombardia per l'erogazione di CURE PALLIATIVE.

In base al CIA (COEFFICIENTE DI INTENSITA' ASSISTENZIALE), il profilo di cure erogato sarà suddiviso in **BASE e SPECIALISTICO** a seconda del bisogno dell'assistito.

ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

Per attivare le Cure Palliative, chiunque, munito di impegnativa può richiedere un colloquio con il personale sanitario dell'unità di cure palliative domiciliare di FINISTERRE, in particolare:

- *Medici specialisti, che hanno in carico il paziente in ospedale*
- *Medici di Medicina Generale (MMG)*
- *Medici delle case di Riposo (RSA), che hanno in cura l'ospite*
- *Il paziente o i familiari*
- *Gli operatori dell'unità di valutazione multidisciplinare dell'ASST (UVMD)*

PRESA IN CARICO E RECAPITI

Per ATTIVARE la presa in carico è necessario contattare telefonicamente la sede operativa territoriale come di seguito definito:

CALL CENTER SEDE REGIONALE di FINISTERRE S.R.L. MEDICAIR GROUP

Tel. 02.96409232 Mob. 333.1862172

DAL LUNEDI AL GIOVEDI DALLE ORE 8.30 ALLE ORE 13.30

DALLE ORE 14.00 ALLE ORE 17.00

VENERDI DALLE ORE 8:30 ALLE ORE 16.30

L'assistenza domiciliare da parte degli operatori è articolata 7gg/7gg per 10 ore/die dal lunedì al venerdì e 6 ore/die il sabato e festivi.

EMAIL:

- segreteria@finisterre.medicair.it
- carloaugusto.marazzini@finisterre.medicair.it

SEDI CURE PALLIATIVE DOMICILIARI: APERTURA LUN-VEN DALLE 9:00 ALLE 16:00

	INDIRIZZO	TELEFONO	FAX	E-MAIL	REFERENTI
ATS Insubria	Gerenzano, via Stazione 3	0296409232	0296389616	insubria-cp@finisterre.medicair.it	Alice Brenna Lucrezia Gioia
ATS Bergamo	Caravaggio via Spartaco 31	0350785971	0350785972	bergamo-cp@finisterre.medicair.it	Lara Facchetti Monica Bianchi
ATS Brianza	Merate, Via Quintaberta 30	0399419200	0399419201	lecco-cp@finisterre.medicair.it monza-cp@finisterre.medicair.it	Alice Brenna Sara Zanchi
ATS Pavia	Vigevano, Via Santa Maria, 8	0381651230	0296389616	pavia-cp@finisterre.medicair.it	Alice Brenna Enrica Maiocchi

PRESA IN CARICO DELL'ASSISTITO

La procedura di presa in carico rispetta le seguenti tempistiche:

- Colloquio di presa in carico entro 24h
- Prima visita entro 48h dal colloquio
- Il pai viene redatto entro 72h dalla prima visita

1) il Progetto Individuale (P.I.) che identifica in modo sommario: dati generali, dati paziente, diagnosi, sintesi dei bisogni, obiettivi generali, strumenti di valutazione, durata del progetto, figure professionali necessarie e loro frequenza, C.I.A. (Coefficiente intensità assistenziale);

2) Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.) che declina in modo più dettagliato e specifico quanto già contenuto nel P.I. entro 72h dalla prima visita.

Per contribuire a rendere fluido ed efficiente il processo di presa in carico, FINISTERRE S.r.l. MedicAir Group, si impegna a identificare precocemente il bisogno di cure palliative, attraverso la divulgazione del servizio nei reparti ospedalieri, ossia proprio dove vi è maggior possibilità che si evidenzi tale bisogno. In questo senso il personale medico dei reparti ospedalieri è debitamente informato sulla possibilità di effettuare dimissioni protette.

3) Pronta disponibilità: come sancito dai requisiti di esercizio e di accreditamento normati dalla DGR 5918/2016 per Medici ed Infermieri è prevista la pronta disponibilità sulle 24h, l'operatore è grado di garantire di norma l'intervento al domicilio entro 30 minuti che sarà assicurata a turno dagli Infermieri e dai Medici. Tuttavia, l'équipe strutturerà una sapiente cura del paziente in grado di gestire le problematiche in maniera efficiente nel ciclo diurno.

Ad integrazione del Medico, **è previsto il servizio di reperibilità con copertura H24/D7**. Tale servizio garantisce l'accesso al servizio territoriale di Continuità Assistenziale. La reperibilità è articolata nelle seguenti tipologie di turno:

- diurno (dalle h 8.00 alle h 16.00 dello stesso giorno) da lunedì a giovedì
- notturno (dalle h 16.00 alle h 8.00 del giorno seguente) da lunedì a giovedì
- fine settimana (da venerdì h16.00 fino al lunedì h8.00)
- festivo (dalle h16.00 del giorno precedente la festività alle h8.00 del giorno successivo la festività)

L'assistenza domiciliare è articolata 7gg/7gg per 10 ore/die dal lunedì al venerdì e 6 ore/die il sabato e festivi.

4) Interfacciabilità tra cure palliative e cure primarie: verrà sostenuto un raccordo informativo settimanale con MMG/PLS da parte dell'infermiere domiciliare che ha in carico il loro paziente;

5) Gestione delle cure palliative simultanee: In una prima fase della malattia le cure a contrasto della malattia (es. chemioterapia, radioterapia ecc.) sono preminenti, e il ruolo della palliazione è marginale. L'intervento del medico palliativista è quindi ancillare e subordinato a quello dell'oncologo/medico ospedaliero. Successivamente, con il decorso della malattia (es. neoplastica), il ruolo del medico palliativista assurge a

paritario fino ad arrivare a quello di referente clinico nel momento in cui al paziente sono interrotte le cure ospedaliere attive contro la malattia. Pertanto, si arriva ad un punto critico in cui per una miglior cura del paziente è necessario arrivare ad un dialogo congiunto tra medico ospedaliero e palliativista.

MODALITÀ ESECUTIVE

Il PAI è il primo documento che costituisce il Fascicolo Socio-Assistenziale e Sanitario – **FASAS** –

Il FASAS si articola in diverse sezioni atte a rendere evidenza del progetto di presa in carico dell'utente, degli interventi pianificati ed attuati, nel rispetto della situazione individuale e relazionale dell'utente, assicurati dall'unità d'offerta.

Il FASAS è comprensivo:

- delle sezioni anamnestiche riferite ai singoli professionisti coinvolti nel percorso assistenziale;
- della sezione relativa all'analisi/valutazione della situazione del singolo utente e, ove necessario e opportuno, del suo contesto familiare. Essa comprende la documentazione riferita ad aspetti sanitari e/o assistenziali e/o psico-sociali che attestino le valutazioni cliniche, relazionali, delle abilità funzionali dell'utente, etc.. Tale sezione deve essere debitamente aggiornata con gli esiti delle eventuali rivalutazioni che dovessero rendersi necessarie nel periodo di presa in carico dell'utente. In particolare dovrà contenere: l'indicazione degli strumenti validati in uso per le valutazioni (scale di valutazione); le valutazioni dei diversi professionisti in funzione del bisogno rilevato e può coinvolgere a seconda della situazione tutte o alcune delle seguenti aree tematiche:

- area medica;
- area psicologica;
- area sociale;
- area infermieristica;
- area riabilitativa;
- area dell'assistenza tutelare;

- della sezione relativa al percorso dell'utente, dare evidenza della Progettazione, della Pianificazione e attuazione degli interventi, dei protocolli assistenziali e/o delle procedure adottati nelle diverse aree interessate, come sopra individuate.

Costituiscono parte indispensabile di tale sezione la presenza:

- **ALLEGATO E (IDENTIFICAZIONE DEL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE)**
- **ALLEGATO F (IDENTIFICAZIONE BISOGNO CLINICO-ASSISTENZIALE)**
- **P.I.**
- **P.A.I**
- **Diario assistenziale**, che deve essere compilato da tutte le figure professionali coinvolte nel percorso assistenziale dell'utente.

- la sezione relativa alla modulistica comprendente: i moduli riferiti alla tutela della privacy redatti secondo la normativa vigente e firmati, i moduli relativi al consenso informato per gli specifici atti sanitari proposti; o la documentazione (anche in copia) relativa alla tutela giuridica della persona, se ed ove prevista. Alla dimissione

	DOCUMENTO ORGANIZZATIVO GESTIONALE		Norma	ISO 9001:2015
	CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE		Cod.	P 4.01 DOG
			Rev.	08
	UNITA' DI CURE PALLIATIVE DOMICILIARI		Data	17/05/2023
			Pag.	7 di 16

dell'utente, verranno allegate anche tutte le schede/moduli, utilizzati durante il percorso assistenziale dal personale coinvolto (scale di valutazione, scheda per la prevenzione lesioni da pressione, scheda trattamento lesioni cutanee, scheda dolore) e dove richiesto relazione sul servizio svolto al domicilio.

Pianificazione degli interventi (PI-PAI)

Il PI ed il PAI vengono redatti entro 48h dalla presa in carico, in condivisione con tutta l'equipe partecipante all'assistenza, viene poi data possibilità di condivisione di quest'ultimo al MMG.

Il PI ed il PAI devono contenere:

- Gli obiettivi e la durata dell'intervento assistenziale
- Le attività previste e la loro pianificazione
- Le figure professionali coinvolte
- L'informativa e il relativo consenso alle cure palliative domiciliari

Il PAI/PI possono subire variazioni in funzione delle esigenze emerse durante l'intervento assistenziale. Per qualsiasi comunicazione l'assistito o il familiare dovrà attenersi alle istruzioni illustrate in fase di avvio del servizio.

Le attività previste sono:

- Accudimento del paziente
- Controllo del dolore
- Controllo della dispnea
- Controllo sintomi gastroenterici (nausea, vomito, ecc)
- Controllo sintomi psico comportamentali (ansia, angoscia, agitazione, delirium)
- Esami strumentali
- Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
- Gestione alvo comprese le enterostomie
- Gestione cateterismo urinario comprese le derivazioni urinarie
- Gestione di quadri clinici complessi
- Gestione nutrizione enterale (SNG PEC)
- Gestione nutrizione parenterale – Gestione CVC
- Gestione ventilazione meccanica, tracheostomia , sostituzione canula etc)
- Medicazioni complesse
- Medicazioni semplici
- Prelievo ematico
- Sedazione palliative / terminale
- Supporto psicologico equipe-paziente-famiglia
- Terapia sottocutanea o EV
- Terapie iniettive attraverso le diverse vie di somministrazione

- Trasferimento competenze/educazione caregiver/colloqui/addestramento
- Visita domiciliare

Diario Assistenziale

Nel diario assistenziale devono SEMPRE essere riportati:

data, ora di inizio e di termine dell'erogazione, spiegazione di quello che si è fatto, dell'eventuale evoluzione della condizione clinica del materiale sanitario utilizzato, dei DPI utilizzati.

Il diario assistenziale DEVE essere controfirmato, AD OGNI ACCESSO, dall'operatore FINISTERRE e dall'utente/caregiver/badante.

Il diario assistenziale, unitamente alla documentazione di FINISTERRE, viene lasciato presso l'utente che è anche responsabile della sua conservazione, solo al termine del servizio l'operatore di FINISTERRE lo ritira per consegnarlo al proprio ufficio che lo conserva nel fascicolo utente

Tutta la documentazione viene lasciata presso il domicilio dell'utente

Erogazione dell'assistenza

- FINISTERRE si impegna ad erogare le prestazioni previste dal profilo di cura più appropriato e nel miglior modo possibile con operatori professionalmente preparati e formati secondo i requisiti indicati da regione Lombardia
- Il nuovo paziente viene inserito nel piano di lavoro dell'operatore che ne seguirà l'assistenza.
- In caso di presenza di lista d'attesa la gestione della stessa rispetterà le priorità di età dell'assistito, sintomo refrattario, contesto sociale.
- L'operatore provvede ad avvisare il paziente dei giorni e degli orari in cui verranno erogate le prestazioni. Per il buon esito della cura è molto importante che si stabilisca un buon rapporto tra operatore e paziente: l'operatore si impegna a svolgere le prestazioni con scrupolosa professionalità e il paziente si predispone a seguire con spirito collaborativo le cure del caso, accettando eventuali cambi di operatore qualora esigenze di servizio le rendessero necessarie.
- Per verificare il gradimento del servizio FINISTERRE ha adottato un questionario di gradimento (customer satisfaction) da compilare a cura dell'assistito/famigliare e un modulo reclamo/encomio allegati alla Carta dei servizi. La raccolta e l'elaborazione dei dati per valutare la qualità del servizio erogato avviene secondo una tempistica di volta in volta stabilita
- È garantita la fornitura diretta dei farmaci e dei dispositivi medici, presidi e ausili. Sono utilizzabili da parte delle UCP Domiciliari i farmaci H OSP in ambito extraospedaliero secondo un elenco e procedure definite a livello regionale.

Dimissione

Per dimissione s'intende la chiusura della pratica.

In caso di decesso dell'assistito la data di dimissione coincide con la data del decesso, mentre in caso di ricovero ospedaliero superiore ai 15 gg, la data di dimissione coincide con il giorno del ricovero.

Nel caso la dimissione coincida con un cambio di ente rogatore o un passaggio ad altro servizio, su richiesta dell'utente verrà consegnata una relazione esaustiva sul periodo di presa in carico.

La dimissione deve essere dettagliata nel diario assistenziale.

Il FASAS e tutta la documentazione annessa, vengono ritirate alla dimissione.

MODIFICHE ALL'ATTIVITA' PROGRAMMATA

Tutti gli Operatori di cure palliative devono prontamente comunicare al Responsabile del servizio (o suo delegato) eventuali variazioni rispetto all'attività programmate: ritardi, modifiche rispetto ai giorni ed agli orari di effettuazione degli accessi, assenze dei Pazienti, sospensione delle attività, ecc.

Il Responsabile del servizio provvede a sostituire gli Operatori in caso di assenza e a riorganizzare l' "agenda" settimanale delle attività programmate, al fine di garantire la necessaria continuità assistenziale al Paziente in carico al Servizio. Provvede inoltre a comunicare al Paziente o ad i suoi familiari le modifiche apportate al planning delle attività previste.

SI DEVONO DUNQUE SEGNALARE SEMPRE E TEMPESTIVAMENTE :

1. EVENTUALI CAMBIAMENTI DI ORARIO
2. ASSENZE IMPROVVISI
3. ASSENZE PROGRAMMATE (AD ES. VACANZE)

Qualunque mancanza di informazione al Distretto produce danni o disagio ai Pazienti, si ripercuote negativamente sulle attività gestionali ed organizzative e soprattutto impedisce di tutelare gli Operatori Domiciliari.

LA SCHEDA DI RIEPILOGO DELL'ATTIVITA' EROGATA

È prevista da parte degli Operatori domiciliari la compilazione di un modulo contenente dati riepilogativi e riassuntivi relativi alle attività svolte, finalizzata a:

1. verificare la corrispondenza tra attività programmate (pianificate) ed attività realmente erogate, analizzando e correggendo le eventuali differenze;
2. elaborare dati riepilogativi e statistici in merito alle attività erogate nell'ambito del Servizio Domiciliare, sia da parte della Società;
3. avviare le procedure di tipo amministrativo relative ai servizi prestati.

È pertanto di fondamentale importanza che la modulistica predisposta venga compilata completamente, correttamente ed in modo chiaro e leggibile, sulla base delle indicazioni di seguito fornite. È altrettanto importante che la suddetta modulistica venga consegnata entro i termini previsti, onde evitare ripercussioni non indifferenti sulle attività gestionali ed organizzative correlate ai riepiloghi ed alle rendicontazioni.

È infine opportuno ricordare che tutte le informazioni indicate nei moduli deve necessariamente ed inequivocabilmente corrispondere a quanto REALMENTE effettuato presso il domicilio del Paziente e, se previsto, presso il Distretto o la Sede/Uffici della Società. Non debbono pertanto in nessun caso essere indicati o riportati "arrotondamenti", "standardizzazioni" o dati non oggettivamente riscontrabili e verificabili.

Tutte le indicazioni di seguito riportate, qualora seguite in modo corretto, contribuiranno a rendere più agevole il lavoro di tutti ed eviteranno disguidi, incomprensioni, spiacevoli controlli ed inutili ritardi.

Qui di seguito verranno riportate le indicazioni relative alla modalità di compilazione dei suddetti campi, spesso utilizzati anche per altri moduli (ad esempio il Diario Domiciliare).

- **ASSISTITO**

È il campo nel quale viene inserito il nominativo (Cognome e Nome) del Paziente.

Le Pause e le interruzioni

Non verranno conteggiati in nessun caso (né pertanto dovranno essere riportati sul modulo) né il tempo di spostamento impiegato né il chilometraggio percorso tra l'ultimo Paziente assistito prima della pausa/interruzione ed il primo Paziente dopo la pausa/interruzione.

- **DATA**

In questo campo deve essere riportata la data di effettuazione dell'accesso domiciliare (anche se diversa rispetto a quella programmata).

- **PRESTAZIONI**

Tale campo, suddiviso in diversi sottocampi, contiene le indicazioni relative alla tipologia di attività che è stata effettuata. Per semplicità d'uso (e soprattutto di registrazione) ogni attività è codificata in sigle/codici specifici (la cui legenda è disponibile sul retro di ogni modulo). In tali campi devono essere riportate con esattezza e precisione tutte le prestazioni che sono state effettuate al domicilio.

- **MINUTI ACCESSO / DURATA ACCESSO**

In tale campo deve essere indicata la effettiva durata (espressa in minuti) dell'accesso domiciliare effettuato, in sintesi la differenza tra ora di inizio e ora di fine. Non sono ammessi arrotondamenti.

ATTENZIONE: i minuti indicati devono corrispondere esattamente alla differenza tra ora di fine ed ora di inizio riportate sul diario domiciliare (vedi oltre).

- **FIRMA DELL'OPERATORE**

Deve sempre essere presente, in modo chiaro e leggibile, ovunque sia richiesta.

- **NOTE**

In questo ultimo campo vanno indicate le sigle riportate nella legenda presente sul retro del modulo riepilogativo e relative alla tipologia (natura) dell'accesso domiciliare effettuato.

Nel caso si debba indicare un accesso effettuato in **COMPRESENZA** (C), lo si deve fare sulla base delle seguenti indicazioni:

- se un Operatore insegna all'altro, chi "impara" indica la compresenza e chi "insegna" indica semplicemente l'accesso. In sintesi, la compresenza è un accesso di apprendimento, non di insegnamento;
- se due Operatori svolgono l'attività insieme perché ad esempio si tratta di erogare prestazioni in favore di un Paziente multiproblematico (quindi nessuno insegna e nessuno impara), ciascun Operatore indica l'accesso normalmente, senza utilizzare la sigla C (COMPRESENZA).

N.B. Per quanto riguarda la voce ALTRO (A), in tale campo devono essere segnalate le eventuali attività non effettuate al domicilio del Paziente e non già descritte nella legenda delle NOTE. (es. rifornimento materiale). Non devono in ogni caso comparire in tale campo segnalazioni di tipo diverso, come ad esempio la segnalazione della frazione del Comune nel quale è stato effettuato l'accesso.

Tempi e modalità di consegna della modulistica riepilogativa

La modulistica riepilogativa deve essere consegnata o inviata via fax/email (purché in modo chiaro e leggibile) in Sede TUTTE LE SETTIMANE ENTRO E NON OLTRE IL GIOVEDÌ DELLA SETTIMANA SUCCESSIVA A QUELLA DI RIFERIMENTO .

A prescindere da quanto sopra definito, al termine di ogni mese la modulistica deve pervenire in Sede ENTRO E NON OLTRE IL SECONDO GIORNO LAVORATIVO DEL MESE SUCCESSIVO a quello di riferimento, anche se si trattasse di giorno infrasettimanale.

SOSTITUZIONE PERSONALE

La Società predilige che ogni operatore abbia in carico dall'inizio alla fine della prestazione sempre lo stesso paziente, soprattutto nei percorsi di cure palliative domiciliare per instaurare un più efficace rapporto d'aiuto e collaborazione con il caregiver operativo

E' importante, pertanto, che le assenze vengano programmate. A tale scopo l'operatore di riferimento deve avvisare con congruo preavviso il Responsabile della Sede Operativa che provvederà a reperire il sostituto più consono e a far sì che questo venga accompagnato per almeno 2 volte al domicilio del Paziente in modo da valutare insieme le procedure adottate e per prendere in loco appuntamenti/consegne.

Le consegne verranno sempre scritte e consegnate al sostituto ed in copia anche alla Sede Operativa della Società. Questo, insieme alla presa visione del diario clinico e della modulistica legata al Paziente, consente un'accurata sostituzione del personale anche nel caso di sostituzioni non programmabili (per esempio per malattia o altri tipi di imprevisti). In quest'ultimo caso è obbligo dell'operatore avvertire prontamente il Responsabile della Sede Operativa che, secondo la disponibilità di personale, provvede alla sostituzione e ad avvisarne il Paziente/familiari. **IN OGNI CASO L'ASSISTENZA NON SARA' INTERROTTA O SOSPESA.**

Prima di prendere servizio il nuovo operatore deve:

- consegnare in sede amministrativa tutti i documenti richiesti;
- acquisire i protocolli e le procedure operative del servizio;
- ritirare il materiale occorrente per le prestazioni presso la sede;
- ritirare il tesserino di riconoscimento che deve essere indossato dall'operatore ad ogni accesso. Tutto il personale è dotato di cartellino identificativo riportante nome, cognome e ruolo, oltre al logo e nome società;
- premunirsi di tutta la documentazione cartacea per la rendicontazione.

N.B. non vi è ad oggi divisa ufficiale, si chiede, tuttavia, di indossare capi comodi ma consoni al lavoro svolto a domicilio, la società fornisce i camici monouso.

Inoltre a tutti gli operatori, in relazione alla mansione svolta, vengono consegnati gli specifici dpi

TURN OVER

La Società ha individuato diversi fattori per diminuire al minimo il turn over.

A) Fattori interni:

- lavoro in equipe multidisciplinare,

- autogestione del collaboratore su orari e giorni lavorativi,
- possibilità di corsi interni (in orario lavorativo) atti a valorizzare ogni disciplina socio/sanitaria,
- possibilità a partecipare a corsi di proprio interesse professionale.

B) Fattori esterni:

- espansione della società in termini territoriali e numerici,
- tipologie sempre più varie degli assistiti,
- valorizzazione degli aspetti tecnologici di supporto all'operatore,
- ricerca dei presidi di nuova generazione.

C) Altri fattori:

- cooperazione con altre strutture presenti sui territori,
- nuove acquisizioni in campo specialistico,
- lavoro ad obiettivo,
- report dello stato avanzamento lavori.

La continua ricerca del "nuovo" e la valorizzazione del "vecchio" rispecchiano il desiderio del team di navigare a vele spiegate, la motivazione personale e professionale riducono sempre più il rischio del turn over.

I REFERENTI DELLA SOCIETA'

Per tutti gli Operatori sono inoltre disponibili specifici Referenti afferenti alla Società, disponibili per la discussione e risoluzione di problematiche sanitarie, organizzative ed amministrativo/contrattuali:

AMBITO OPERATIVO	REFERENTE
LEGALE RAPPRESENTANTE	ANDREA COLOMBO
DIRETTORE GENERALE (DG)	DARIO ANGARONI
RESPONSABILE SANITARIO (DS)	CARLO AUGUSTO MARAZZINI
CARE MANAGER (CM)	BERGAMO: LARA FACCHETTI BRIANZA: ALICE BRENNA

	INSUBRIA: ALICE BRENNA PAVIA: ELISA NALIN
REFERENTI AMMINISTRATIVE PER ATS	BERGAMO: MONICA BIANCHI BRIANZA: CHIARA MOTTA INSUBRIA: RAFFAELLA MONTRASIO PAVIA: ENRICA MAIOCCHI
Responsabile Gestionale Servizio Socio Sanitario (RG)	Rossana Capellini - Carlo Augusto Marazzini
Responsabile Commerciale E URP (RCOMM)	Rossana Capellini - Carlo Augusto Marazzini
Responsabile Accreditamento (RA)	Rossana Capellini - Carlo Augusto Marazzini
Responsabile Gestione Qualità (RGQ)	Maurizio Guarneri
Responsabile Area Farmaceutica (RAF)	Alice Brenna
Rendicontazione (AMM)	Personale Amministrativo
Segreteria (AMM)	Personale Amministrativo
Responsabile URP	Dr. Carlo Augusto Marazzini
Responsabile Area Informativa	Marco Negri
Organismo Di Vigilanza Monocratico ODV	Cesare Orienti
Referente Finisterre Per ODV	Carlo Augusto Marazzini
Responsabile DPO	Federica Zappone
Referente rapporti con gli uffici del territorio	Erica Gallazzi
RSPP	Andrea Rimoldi
Responsabile formazione	Carlo Augusto Marazzini

LE FIGURE PROFESSIONALI ADDETTE AL SERVIZIO DI CURE PALLIATIVE

Le figure professionali coinvolte nel Servizio di cure palliative sono le seguenti:

- n° 1 responsabile gestionale del servizio
- n° 1 responsabile accreditamento
- n° 1 responsabile area farmaceutica
- n° 1 responsabile relazioni con il pubblico
- n° 1 direttore sanitario
- n° 2 coordinatori infermieristici Cure Palliative
- n° 6 addette al front-office e all'attività di rendicontazione
- n° 3 addette alla segreteria
- n° 3 addette all'amministrazione
- n° 45 infermieri professionali

- n° 20 fisioterapisti
- n° 2 logopedista
- n° 5 OSS/ASA
- n° 1 assistente sociale
- n° 1 dietista
- n° 2 psicologi
- n° 2 associazioni di volontariato
- n° 11 Medici Palliatori

ORGANIZZAZIONE INTERNA DELLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

L'organizzazione ha predisposto un regolamento interno per gli operatori ADI, regolamento che dovrà essere sottoscritto da ambo le parti.

Mensilmente:

- Consegna e analisi di nuovi protocolli, procedure istruzioni operative e gestione della modulistica.
- Consegna della modulistica necessaria agli operatori
- Consegna e ritiro del materiale necessario all'erogazione delle prestazioni (la richiesta effettuata su modulo apposito, dovrà pervenire via fax, almeno 3 gg prima).
- Predisposizione del piano di lavoro settimanale (dovrà essere considerata anche l'eventuale presenza di altre organizzazioni, SAD, volontari etc, di altri colleghi con profili professionali diversi, nonché la tipologia di prestazione da erogare (un prelievo ematico dovrà necessariamente essere fatto al mattino presto, un clistere evacuativo sarebbe meglio eseguirlo prima dell'eventuale igiene...)).
- Analisi di eventuali problematiche (sia sociali, sia sanitarie di relazione).
- Consegna dei diari clinici (se utente dimesso)
- Tutti gli Operatori dovranno prontamente comunicare al Responsabile operativo eventuali variazioni rispetto all'attività programmate: ritardi, modifiche ai giorni ed agli orari di effettuazione degli accessi, assenze dei Pazienti, sospensione delle attività, ecc.

Per garantire una continua e proficua interazione tra i diversi profili professionali coinvolti e per garantire un'assistenza adeguata, si terrà mensilmente, presso la sede centrale di Gerenzano e nelle sedi operative territoriali, una riunione tra gli operatori sanitari, il responsabile operativo ed eventuali specialisti.

La direzione ha eletto come responsabili dell'organizzazione, del controllo e dello sviluppo del servizio ADI, un Responsabile gestionale e un Responsabile Accreditamento.

COSA PUO' CAPITARE DURANTE L'ACCESSO DOMICILIARE

Nel corso dell'intervento domiciliare possono accadere diversi eventi avversi (si veda specifica procedura).

A titolo esemplificativo:

Urgenza domiciliare

Qualora l'Operatore dovesse trovarsi di fronte ad un'urgenza domiciliare di natura sanitaria deve attenersi scrupolosamente all'istruzione operativa specifica.

Nel caso si rendesse necessario il ricovero, l'Operatore presente al domicilio avrà cura di:

- contattare il servizio **112** richiedendo l'intervento dell'ambulanza;
- contattare l'MMG dell'utente;
- avvisare i familiari dell'utente, se non presenti a domicilio;

Richieste particolari da parte del Paziente o dei familiari

- esami ematochimici da eseguire a domicilio;
- visite specialistiche;
- aumento o diminuzione della frequenza degli accessi;
- fornitura di ausili (lettini, materassini antidecubito, carrozzine, ecc.).

I familiari dovranno in tali casi contattare il Distretto di afferenza per ricevere istruzioni ed indicazioni in merito alla modalità di presentazione delle richieste.

Può capitare che in circostanze eccezionali i Pazienti o i loro familiari chiedano all'operatore di conservare una copia delle chiavi della propria abitazione. A prescindere dal fatto che tale evenienza è fortemente sconsigliata, in ogni caso il Responsabile della Sede Operativa deve essere informata e gli Operatori interessati devono far compilare al Paziente, una dichiarazione di scarico di responsabilità, copia/facsimile della quale è disponibile presso gli uffici della Società.

L'Operatore ritiene che gli Accessi siano troppi o troppo pochi o che ci siano bisogni rimasti scoperti

In questo caso l'Operatore segnalerà le problematiche riscontrate anche ai Referenti della Società.

Richiesta di prestazione che esulano dalle proprie competenze

Può capitare che il paziente o i familiari chiedano all'Operatore Domiciliare di effettuare compiti che non sono di sua competenza (pulizie, spesa, preparazione del pasto, interventi di tipo estetico, ecc.).

In questi casi si ritiene che l'Operatore Domiciliare debba sempre rispondere con cortesia dicendo che prima di fare cose non segnalate sul PAI deve chiedere in Distretto. L'Operatore segnala il problema ed eventualmente il Responsabile della Sede Operativa provvederà a parlare con il Paziente e con il familiare. Il criterio da seguire è comunque sempre quello del "buon senso" e della salvaguardia della salute del Paziente.

Richiesta di ulteriori accessi a pagamento

L'Operatore Domiciliare NON PUO' fornire prestazioni autonome a pagamento a favore di Pazienti assistiti in Convenzione con l'ATS, né tantomeno consigliarle. Nel caso in cui venisse richiesta un'integrazione di servizi, la si deve segnalare subito al Responsabile della Sede Operativa che provvederà a rispondere immediatamente alla richiesta nei modi più opportuni.

Lamentele da parte del Paziente o dei suoi familiari

Può accadere che il Paziente od un suo familiare si lamentino per il servizio offerto. In tal caso l'Operatore Domiciliare è pregato di astenersi da giudizi, commenti o promesse.


Suo compito sarà quello di segnalare l'accaduto al Responsabile della Sede Operativa ed ai propri Referenti della Società.

Il Paziente verrà cortesemente invitato a compilare l'apposito modulo per il reclamo, che potrà essere inviato al referente del servizio, via e-mail, via fax oppure essere "raccolto" telefonicamente.

Il Referente provvederà a dare una risposta all'utente e/o familiari, in forma scritta o orale.

PROCEDURE, PROTOCOLLI ASSISTENZIALI E ISTRUZIONI OPERATIVE

L'organizzazione al fine di migliorare la gestione dei processi di assistenza, ridurre gli errori, tutelare la sicurezza degli operatori e dell'assistito, semplificare il lavoro degli operatori; facilitare e migliorare la comunicazione tra gli operatori, tra gli operatori e assistito/familiari; migliorare l'integrazione delle diverse figure professionali che partecipano al processo di assistenza, ha predisposto un "Sistema di Gestione della Qualità" con la redazione di procedure, istruzioni operative e moduli/schede apposite, a cui tutti gli operatori

	DOCUMENTO ORGANIZZATIVO		Norma	ISO 9001:2015
	GESTIONALE		Cod.	P 4.01 DOG
	CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE		Rev.	08
	UNITA' DI CURE PALLIATIVE DOMICILIARI		Data	17/05/2023
			Pag.	16 di 16

si dovranno attenere; inoltre sarà messa a disposizione della documentazione di supporto (protocolli clinici, linee guida internazionali, scale di valutazione...) al fine di garantire un livello qualitativo adeguato del servizio.

L'invio della suddetta documentazione può avvenire:

1. Via e-mail
2. Brevi mano

In ogni caso, gli operatori dovranno firmare il modulo di consegna della suddetta documentazione.

La documentazione predisposta è quella prevista dalla vigente normativa.

Qualora la nuova documentazione predisposta comportasse un cambiamento importante nel modus operandi degli operatori, si terranno incontri formativi ad "hoc", sia presso la sede Regionale che presso le sedi operative.

Inoltre a maggiore garanzia della serietà, dell'efficienza e della trasparenza dell'operato della società, si è applicato quanto previsto dal regolamento europeo 679/2016 sulla protezione dei dati personali e la predisposizione del Codice Etico.

FINISTERRE SRL. ha avviato l'implementazione di un sistema qualità secondo i requisiti previsti dalla norma UNI EN ISO 9001 : 2015.

I PROTOCOLLI PREDISPOSTI SECONDO LE REGOLAMENTAZIONI DI REGIONE LOMBARDIA OPPORTUNAMENTE FIRMATI E DATATI SONO RINTRACCIABILI NEL DOCUMENTO "ELENCO DOCUMENTI SGQ".