



<b>Data</b>	<b>Revisione</b>	<b>Modifiche</b>	<b>Approvazione</b>	<b>Firma</b>
01/02/2023	00	Prima emissione	Dott. Carlo Augusto Marazzini	
01/04/2023	01	Seconda emissione	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**

**E-mail [segreteria@finisterre.medicair.it](mailto:segreteria@finisterre.medicair.it)**

**APPROVATO IL: 01/04/2023**

**IL LEGALE RAPPRESENTANTE: COLOMBO ANDREA**

## CHI SIAMO

Finisterre S.r.l. si occupa di progettazione ed erogazione dei servizi di assistenza domiciliare e collabora con diverse ASL/ATS italiane per l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata).

Finisterre S.r.l. è una società in grado di offrire percorsi di cura e assistenza sanitaria e sociosanitaria domiciliare avvalendosi della competenza, della professionalità e dell'umanità degli operatori che operano all'interno dell'organizzazione.

## 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".

## 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 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 eroga servizi in ambito di:

- Assistenza Domiciliare Integrata
- cure domiciliari di base di livello "LEA" prestazionale o prelievo, di durata occasionale o continuativa, sempre di bassa intensità
- cure domiciliari di I, II e III livello, attraverso la presa in carico dei bisogni sociosanitari dei suoi Assistiti sulla base di un Piano di Assistenza Individuale (PAI) e/o Piano Riabilitativo Individuale (PRI) redatto da un gruppo di diversi professionisti sanitari adeguatamente qualificati (Unità di Valutazione Multidimensionale UVM); il piano assistenziale coinvolge operatori professionalmente qualificati (infermieri, fisioterapisti, medici specialisti, operatori socio-assistenziali) al fine di erogare un piano di cura e assistenza comprendente la fornitura del relativo materiale sanitario.

## **PRESTAZIONI EROGABILI**

A titolo puramente indicativo:

### 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, ...

### **ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO**

L'attivazione del servizio avviene con la compilazione della Scheda Unica di Segnalazione, a cura del Medico/Pediatra di Famiglia, dal Medico Ospedaliero o da medici operanti in altri servizi della ASL.

La richiesta viene inviata alla ASL di riferimento che attraverso il proprio Centro di Assistenza Domiciliare (CAD) effettua una valutazione del caso per definire un Piano di Assistenza Individuale (PAI). Nel PAI sono indicati gli obiettivi assistenziali, la durata, la modalità di erogazione delle cure e i professionisti coinvolti (infermiere, fisioterapista, etc). Il PAI, dopo essere stato condiviso e firmato dall'assistito o dal caregiver, viene trasmesso all'ente erogatore scelto dal paziente o dal suo caregiver, tra la lista degli enti accreditati messa a disposizione dalla propria ASL di riferimento.

Finisterre S.r.l. metterà, poi, a disposizione del paziente i professionisti necessari a soddisfare i suoi bisogni assistenziali, secondo quanto indicato nel PAI.

### **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**

Per attivare la presa in carico è necessario contattare telefonicamente la sede operativa

**Viale dell'università, n.25 – Roma (RM) 00185**  
**roma1@finisterre.medicair.it**  
**Tel. 0698968215**  
**Cel. 334 3571041**

La sede operativa è aperta al pubblico dal lunedì al venerdì dalle 08:00 alle 18:00, il sabato dalle 09:00 alle 13:00.

È garantita la reperibilità telefonica della sede 7 giorni su 7, H24.

Viene assicurato costante servizio dal lunedì al sabato nella fascia oraria 07:00 – 20:00, garantendo al contempo la reperibilità del Coordinatore del Servizio.

L'operatore di Finisterre, in qualità di Case Manager, dopo aver ricevuto del distretto ASL il PAI, dovrà riscontrare la richiesta entro 24 ore, comunicando la data di inizio della presa in carico.

Il Case Manager ha la responsabilità globale dell'assistito, dalla presa in carico alla gestione durante tutto il percorso di cura, oltre che mantenere costanti rapporti con familiari/care-giver.

Si ricorda, come detto precedentemente, che il medico di medicina generale (MMG) rimane il referente clinico assistenziale durante tutta la presa in carico. Gli operatori di Finisterre si impegnano a condividere i percorsi di cura con MMG.

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 criteri di urgenza previsti dal legislatore.

### **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 dell'ASL di riferimento che attraverso il proprio Centro di Assistenza Domiciliare (CAD) effettua una valutazione del caso:

1. valutazione Triage: ha l'obiettivo di identificare i bisogni complessi di natura sociosanitaria, dai bisogni di natura monoprofessionale
2. valutazione multidimensionale di secondo livello: successiva alla valutazione positiva della Triage, esamina sia i bisogni sociosanitari (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'ASL 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 non si rende necessaria la predisposizione di una cartella domiciliare.

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.

### **Presa in carico dell'utente**

- a. L'ASL provvederà a trasmettere il PAI, condiviso e firmato dall'assistito o dal caregiver, all'ente erogatore scelto dal paziente o dal suo caregiver.  
Finisterre S.r.l. metterà, poi, a disposizione del paziente i professionisti necessari a soddisfare i suoi bisogni assistenziali, secondo quanto indicato nel PAI
- b. L'operatore di Finisterre, in qualità di Case Manager, dopo aver ricevuto dal distretto ASL il PAI, dovrà dare riscontro alla richiesta entro 24 ore, comunicando la data di inizio della presa in carico.  
Tutto il personale assistenziale è dotato di tesserino di riconoscimento.
- c. 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.
- d. 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.  
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 criteri di urgenza previsti dal legislatore la tempistica di presa in carico si può ridurre a 24/48 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 soluzione dei problemi di salute. Per far questo l'operatore deve attuare interventi adatti alle conoscenze e alle esperienze dell'assistito e dei familiari.

### **Predisposizione della Cartella Domiciliare**

La cartella è l'insieme unitario della documentazione sociosanitaria relativa all'assistito. La cartella 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 Cartella Domiciliare è comprensiva:**

- 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 attesti 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)**

Nel PAI (Piano di Assistenza Individualizzato) sono riportati i bisogni di natura sanitaria e assistenziale dell'assistito, rilevati dal Medico di Medicina Generale e dal CAD del distretto ASL di riferimento.

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 delle GEA è necessario comunicarlo immediatamente, tramite email, all'ASL 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:

- 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



- Scale di valutazione debitamente compilate
- Scheda sanitaria
- 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 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.

### **Dimissione**

Per dimissione si intende la chiusura del percorso di cura, la quale può avvenire per:

- guarigione
- ricovero in struttura sanitaria o sociosanitaria
- decesso
- rinuncia dell'Assistito
- raggiungimento del termine del piano assistenziale.

Alla dimissione viene emessa specifica relazione clinica per il medico curante.

In caso di decesso dell'Assistito la data di dimissione coincide con la data del decesso, mentre in caso di ricovero ospedaliero superiore a 15 giorni la data di dimissione coincide con il giorno del ricovero.

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

La dimissione deve essere dettagliata nel diario assistenziale.

Alle dimissioni dell'Assistito gli operatori di Finisterre provvedono alla chiusura del FSD avendo cura di controllarne la conformità di compilazione e lo consegnano alla sede organizzativa di competenza per archiviazione.

### **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;
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 disagi, 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.

• **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).

- **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.

- **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'equipe, 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.

È 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.

È 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,
- 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:

<b>AMBITO OPERATIVO</b>	<b>REFERENTE</b>
LEGALE RAPPRESENTANTE	ANDREA COLOMBO
AMMINISTRATORE DELEGATO	DARIO ANGARONI
DIRETTORE SANITARIO (Ds)	CARLO AUGUSTO MARAZZINI
MEDICO COMPETENTE	MARCO TIBILETTI
RESPONSABILE AMMINISTRATIVO	ROBERTO TURRA
RSPP	ANDREA RIMOLDI
CARE MANAGER (CM)	ROSSANA CAPELLINI
REFERENTI AMMINISTRATIVE	RAFFAELLA MONTRASIO
RESPONSABILE GESTIONALE SERVIZIO SOCIO SANITARIO (RG)	ROSSANA CAPELLINI
RESPONSABILE COMMERCIALE (RCOMM)	DARIO ANGARONI
RESPONSABILE ACQUISTI	DARIO ANGARONI
RESPONSABILE ACCREDITAMENTO (RA)	ROSSANA CAPELLINI
RESPONSABILE GESTIONE QUALITÀ (RGQ)	MAURIZIO GUARNERI
RESPONSABILE AREA FARMACEUTICA (RAF)	ALICE BRENNNA
RENDICONTAZIONE (AMM)	PERSONALE AMMINISTRATIVO
SEGRETERIA (AMM)	PERSONALE AMMINISTRATIVO
RESPONSABILE SEGRETERIE	RAFFAELLA MONTRASIO
RESPONSABILE RETI TERRITORIALI	ERICA GALLAZZI

RESPONSABILE URP	CARLO AUGUSTO MARAZZINI
RESPONSABILE AREA INFORMATIVA	MARCO FILIPPINI
ORGANISMO DI VIGILANZA	LUCA ENRICO MARIA DEGANI CESARE ORIENTI FABRIZIO SARDELLA
RESPONSABILE PRIVACY	FEDERICA ZAPPONE
RESPONSABILE FORMAZIONE	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:

- Direttore di servizio;
- Medico coordinatore con esperienza ADI di 5 anni;
- Infermiere coordinatore con esperienza di 3 anni nell'ADI;
- Infermieri;
- terapisti occupazionale/fisioterapista;
- Assistente Sociale;
- Operatore telefonico con funzioni di pianificazione.

Finisterre S.r.l. 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 nel proprio organico, per chiunque sia interessato a inviare una candidatura spontanea può inviare il proprio CV all'indirizzo mail [segreteria@finisterre.medicair.it](mailto:segreteria@finisterre.medicair.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; 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 Roma 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, 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 appartenenza 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'ASL, 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 S.r.l. 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. ha avviato l'implementazione di un sistema qualità secondo i requisiti previsti dalla norma UNI EN ISO 9001:2015.