

# Gestione dei CENTRI DI RIABILITAZIONE



## 1. Scopo e campo di applicazione

La presente procedura si applica alla **GESTIONE DEI CENTRI DI RIABILITAZIONE DELL'ODA**, con specifico riferimento alle seguenti attività:

- ✓ accesso al servizio: tutti i settori.
- ✓ erogazione del trattamento Residenziale, Semiresidenziale, Ambulatoriale, Domiciliare ed Extramurale.

## 2. Riferimenti normativi

- Regolamento Europeo GDPR 2016/679 e D.L. 101/2018
- Legge n. 104/92
- D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502
- D.A. 17 giugno 2002, n. 890;
- D.A. 17 aprile 2003, n. 463;
- D.A. 2 marzo 2016, n. 319;
- D.A. 17 maggio 2021, n. 436;
- D.A. 09 agosto 2022, n- 724;
- Linee guida del Ministero della Salute per le attività riabilitative (1998)
- Piano di Indirizzo per la Riabilitazione anno 2011
- Norma ISO 9001:2015
- Norma ISO 45001:2018
- Raccomandazioni Ministero della Sanità
- Piano Sanitario Regionale

## 3. Definizioni e lista di distribuzione

FUT / STU: Foglio Unico di Terapia / Scheda Unica di Terapia;

MRT: Medico Responsabile di settore;

MMG: Medico Medicina Generale;

PDL: Pediatria Libera Scelta;

PS: Psicologo di settore;

AS: Assistente Sociale di settore;

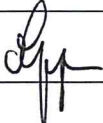
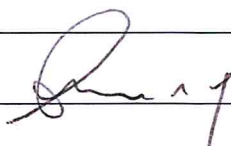
TR: Tecnici della Riabilitazione;

ES: Equipe di settore composta da: MRT, PS, AS, TR (Tecnici della Riabilitazione);

PRI: Progetto Riabilitativo Individuale;

CdR: Centro di Riabilitazione.

La presente procedura, aggiornata nella revisione, viene distribuita a: Medici Coll., Psicologi, Infermieri, Assistenti Sociali, Terapisti della Riab., personale amministrativo.

Descrizione modifica:	Aggiornamento paragrafo sul monitoraggio e responsabilità		
Preparato: CRSQ(Gangemi)		Verificato: CRSQ(Gangemi)	Adottato: RD (Landi)
data: 03/07/2023		data: 03/07/2023	
Cod.: PO1		Rev.: 14	pag. 1 di 18



#### 4. Monitoraggio e Responsabilità

Il monitoraggio della procedura avviene tramite gli indicatori definiti nei Processi A e B, come previsti dal documento “MAP - Mappatura dei Processi”, sulla base dei dati elaborati annualmente dall’ufficio qualità nel documento “Monitoraggio dei Processi”. L’analisi del controllo sulla qualità della documentazione clinica e sul percorso riabilitativo, prevista dalla presente procedura, sulla base di specifici indicatori (M.84 ed M.84b), viene riportata sul Report Sanitario con le eventuali osservazioni / valutazioni comprese le possibili azioni di miglioramento. Nello specifico, il modello M.84, dispone di una serie di indicatori che, su ogni singola scheda operatore presente nella cartella sanitaria, permette di valutare i seguenti aspetti: tempi di aggiornamento, presenza firma aggiornamenti operatori, scrittura leggibile, sottoscrizione del PRI, coerenza con il PRI. I dati raccolti vengono riepilogati nel prospetto “M84A – Prospetto riepilogo evidenze / criticità” dove, in maniera aggregata, vengono valutati i seguenti indicatori: qualità della documentazione sanitaria, qualità del percorso riabilitativo, appropriatezza degli ausili, qualità della documentazione clinica (solo per residenziale e semiresidenziale). I dati così raccolti vengono valutati in sede di stesura del SQ-RepSan “Report Sanitario” al fine di determinare eventuali azioni di miglioramento.

Come specificato nel successivo paragrafo 13.1 viene somministrato il questionario di soddisfazione dell’utente i cui esiti vengono elaborati all’interno del Report Sanitario e inseriti tra gli indicatori previsti nel Processo B del “Monitoraggio del Processi”.

La valutazione della qualità della comunicazione con il paziente e/o caregiver viene definita e gestita tramite l’apposita procedura “PGSQ13 – valutazione e comunicazione con il paziente” con l’individuazione di specifici indicatori ed elaborazione finale dei risultati all’interno del Report Sanitario.

La responsabilità, sia del monitoraggio che dell’aggiornamento di questa procedura, è attribuita al DMR della struttura che, unitamente agli altri DMR delle altre strutture e con il Coord. Dei DMR, valuta eventuali integrazioni / modifiche da apportare sulla base di nuove esigenze operative e/o organizzative o derivanti dal cambiamento della normativa cogente di riferimento.

#### 5. Dal documento *Linee guida del Min. Sanità sulle attività di riabilitazione, maggio '98*):

*Progetto riabilitativo: Si definisce progetto riabilitativo individuale l'insieme di proposizioni, elaborate dall'equipe riabilitativa, coordinata dal medico responsabile. Il progetto riabilitativo individuale:*

- ⇒ *indica il medico specialista responsabile del progetto stesso;*
- ⇒ *tiene conto in maniera globale dei bisogni, delle preferenze del paziente (e/o dei suoi familiari, quando è necessario), delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali e personali;*
- ⇒ *definisce gli esiti desiderati, le aspettative e le priorità del paziente, dei suoi familiari, quando è necessario, e dell'equipe curante;*
- ⇒ *deve dimostrare la consapevolezza e comprensione, da parte dell'intera équipe riabilitativa, dell'insieme delle problematiche del paziente, compresi gli aspetti che non sono oggetto di interventi specifici, e di regola può non prevedere una quantificazione degli aspetti di cui sopra, ma ne dà una descrizione, in termini qualitativi e generali;*
- ⇒ *definisce il ruolo dell'equipe riabilitativa, composta da personale adeguatamente formato, rispetto alle azioni da intraprendere per il raggiungimento degli esiti desiderati;*
- ⇒ *definisce, nelle linee generali, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati;*





- ⇒ è comunicato in modo comprensibile ed appropriato al paziente. e ai suoi familiari;
- ⇒ è comunicato a tutti gli operatori coinvolti nel progetto stesso;
- ⇒ costituisce il riferimento per ogni intervento svolto dall'équipe riabilitativa.

*Il medico coordinatore dell'équipe riabilitativa, d'intesa con la stessa équipe, provvede a garantire un flusso costante di informazioni da e con il medico di famiglia, e con tutte le strutture coinvolte nel percorso riabilitativo.*

*Il progetto riabilitativo individuale deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base a cui è stato elaborato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità) anche in relazione ai tempi, alle azioni o alle condizioni precedentemente definiti. Va, peraltro, rilevato che la stessa programmazione della disponibilità e dell'organizzazione degli spazi, del lavoro e delle modalità operative di tutta la struttura per garantire una idonea funzione di supporto, finalizzata alla protezione ed alla stimolazione delle capacità funzionali e relazionali di tutti i soggetti assistiti, deve essere concepita in una logica progettuale, configurando così un vero e proprio "progetto riabilitativo di struttura".*

*Programma riabilitativo: all'interno del progetto riabilitativo, il "programma riabilitativo" definisce le aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi.*

*In particolare:*

- ⇒ definisce le modalità della presa in carico da parte di una specifica struttura dell'area riabilitativa;
- ⇒ definisce gli interventi specifici durante il periodo di presa in carico;
- ⇒ individua ed include gli obiettivi immediati (da raggiungere nello spazio di pochi giorni) e/o gli obiettivi a breve termine (da raggiungere nell'ambito di poche settimane) e li aggiorna nel tempo;
- ⇒ definisce modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni previste negli stessi interventi;
- ⇒ definisce le misure di esito appropriate per la valutazione degli interventi, l'esito atteso in base a tali misure ed il tempo di verifica del raggiungimento di un dato esito;
- ⇒ individua i singoli operatori coinvolti negli interventi e ne definisce il relativo impegno, nel rispetto delle relative responsabilità professionali;
- ⇒ viene puntualmente verificato ed aggiornato periodicamente durante il periodo di presa in carico;
- ⇒ costituisce un elemento di verifica del progetto riabilitativo.

## 6. Accesso al servizio

### 6.1. Informazioni: La Carta dei servizi

Ciascun istituto deve provvedere ad emettere e mantenere costantemente aggiornata la propria **Carta dei servizi**, secondo le disposizioni contenute nella procedura **"Gestione dei documenti e delle registrazioni" (PGSQ00)**. L'aggiornamento deve essere effettuato *almeno una volta l'anno* (in conformità a quanto previsto dal Decreto 890/02 sull'Accreditamento delle strutture sanitarie in Sicilia).

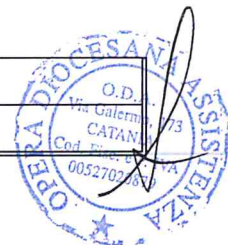
Gli aspetti che potrebbero richiedere aggiornamento sono relativi a:

- ✓ Persone di riferimento;
- ✓ Contatti telefonici e giorni di "ricevimento";
- ✓ Prestazioni erogate ed eventuali relative tariffe;

Nel caso in cui non si ritenga di dover modificare alcun aspetto della Carta, è però necessario, alla "scadenza" annuale della Carta, effettuare una riunione di conferma della revisione in corso della carta.

Le modalità di emissione, approvazione, revisione sono definite nella procedura **"Gestione dei documenti e delle registrazioni" (PGSQ00)**.

La Carta dei servizi deve essere diffusa ad Enti e all'utenza, secondo quanto previsto nel "Piano di divulgazione della Carta dei servizi" il quale deve essere riesaminato almeno annualmente ed eventualmente aggiornato.



## 6.2. Richiesta del servizio da parte dell'utente

I CdR erogano prestazioni in regime:

- ✓ Ambulatoriale;
- ✓ Domiciliare;
- ✓ Residenziale;
- ✓ Semiresidenziale;
- ✓ Extramurale.

Gli utenti dei CdR accedono ai servizi in convenzione con l'ASP di Catania.

La Fondazione ODA promuove all'interno dei propri CdR percorsi di formazione continua e aggiornamento rivolti a tutti gli operatori coinvolti, a vario titolo, nel processo di accoglienza, cura e trattamento degli utenti.

Sotto la supervisione ed indicazione delle Direzioni Medico Responsabili e, laddove previsto dallo standard, dal Direttore Amministrativo, devono essere promossi, a cadenza almeno mensile, incontri/riunioni redatti con apposito verbale tra i componenti dell'equipe di settore volte al monitoraggio dei processi, all'aggiornamento e/o confronto sulle varie attività svolte e da svolgere che interessano il percorso riabilitativo degli utenti.

Le richieste di assistenza devono pervenire per iscritto dall'utente, oppure su segnalazione dei servizi territoriali: provincia, comune, ASP, medici di base medicina generale, servizi sociali territoriali competenti.

L'AS riceve le richieste e deve provvedere ad inserire i dati dell'utente nei moduli di seguito indicati:

- il nominativo dell'assistito nella **Lista delle richieste di trattamento (M53)**;
- le informazioni anagrafiche dell'assistito nonché una diagnosi riferita nel modulo **Scheda Informativa (M55)**, previa acquisizione scritta al consenso del trattamento dei dati.

Tali dati, acquisiti in formato cartaceo, devono tempestivamente confluire nel software "4Handy".

- Trattandosi di acquisizione di dati personali e sensibili, deve essere richiesto il consenso al trattamento dei dati stessi e apporre una "x", ad evidenza, nell'apposito campo del modulo **Lista delle richieste di trattamento (M53)**;

In ottemperanza al nuovo Regolamento Europeo GDPR 2016/679 il consenso al trattamento dei dati può essere dato anche da un minore con 16 anni compiuti senza il consenso dei genitori.

**In caso di acquisizione di dati tramite telefono, prima che venga fornita l'informativa verbalmente, il potenziale utente o chi ne fa le veci, attraverso il numero dedicato al servizio, dovrà seguire le indicazioni fornite dalla voce guida e successivamente sarà chiamato a confermare o meno tramite la tastiera del proprio dispositivo se procedere con il servizio dedicato.**

**Il consenso per iscritto, dovrà comunque essere reso da parte dell'utente entro e non oltre la prima visita.**

La formula utilizzata tramite la voce guida registrata è la seguente: *"Gentile signore/a, per poterla inserire nella lista di prenotazione, ho bisogno di sapere alcune informazioni che la riguardano. Per la legge sulla privacy secondo il Regolamento Europeo GDPR 2016/676, non posso procedere alla registrazione, se prima non mi dà il consenso al trattamento dei suoi dati personali."*

L'AS che riceve le segnalazioni, invita il richiedente a presentarsi entro e non oltre i 7 giorni lavorativi, presso il CdR per compilare il modello **"Scheda informativa" (M55)** a cui deve essere allegata la copia del documento di identità del richiedente, nonché dell'utente ed il consenso al trattamento dei dati personali. L'AS, quindi, deve fornire copia della richiesta presentata e deve invitare il richiedente a ripresentarsi alla scadenza dei sei mesi, pena esclusione dalla lista stessa. Qualora il





richiedente non si presentasse entro e non oltre i 7 giorni lavorativi dall'invito, l'AS deve provvedere all'eliminazione dei dati dell'utente.

Quando il richiedente si ripresenta alla scadenza dei sei mesi, l'AS deve aggiornare la richiesta, firmando e datando l'apposita sezione "Aggiornamenti" ed indicando eventuali note.

Lo scorrimento nella lista (settore ambulatorio, domiciliare ed extramurale) avviene in base ai criteri di seguito elencati:

- priorità alle patologie acute;
- priorità agli utenti di età inferiore;
- disponibilità dell'utente alle fasce orarie dell'istituto;
- per l'assistenza domiciliare, la disponibilità di terapisti nella zona di residenza dell'utente.

L'AS, deve rispettare i criteri di scorrimento della lista, sulla base di:

- capacità di visite giornaliera;
- giorni disponibili dell'equipe per le visite;

e inoltre, deve provvedere a fissare l'appuntamento per la visita con l'ES e deve aggiornare il Modulo "Registro delle visite" (M54), richiedendo all'utente le cartelle cliniche e i vari accertamenti eseguiti.

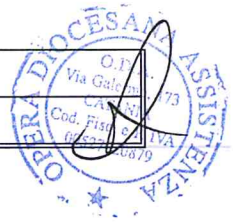
Detta procedura non si applica nel caso dei settori residenziali e semiresidenziali, essendo presente la lista d'attesa unica, gestita direttamente dall'ASP.

L'inserimento in tale lista unica d'attesa avviene attraverso visita preliminare del personale specialistico del Distretto Sanitario di competenza (residenza utente).

Nel caso di visita da parte del Medico Specialista del CdR è necessario l'avallo del Medico Specialista dell'ASP di competenza.

## **7. Umanizzazione del servizio: fattori multiculturali, di genere e fragilità**

Come esplicitato nell'istruzione operativa SOISTR-10 "Umanizzazione del servizio: fattori multiculturali, di genere e fragilità", i diversi fattori legati fra l'altro anche all'età, all'appartenenza etnica, all'orientamento sessuale possono generare difficoltà nell'approccio con la persona. L'appartenenza religiosa e culturale incide fortemente sul modo di concepire il corpo e la malattia, l'esperienza del dolore, i sistemi di cura, l'interpretazione della nascita e della morte.



L'umanizzazione non può prescindere dalla personalizzazione degli interventi, per adeguarli alle diverse esigenze degli utenti. In questo senso si deve avere rispetto della particolare organizzazione psico- affettiva del bambino, ma anche della personalità già strutturata dell'adulto e dell'anziano.

E' importante capire lo stato d'animo in cui l'ammalato si trova, per intervenire in modo più efficace e tranquillizzarlo sulle sue paure e difficoltà. La presenza dello psicologo in tutte le equipe dell'ODA garantisce il necessario supporto non solo all'utente, ma anche ai suoi familiari.

Il supporto psicologico da parte di personale specializzato è indispensabile per superare stati di ansia, aggressività, rifiuto, che lo stato di disabilità/ difficoltà può far insorgere sia nei pazienti, sia nei familiari che si trovano a convivere quotidianamente con la sofferenza e la malattia.

In particolare il paziente oncologico (e il familiare) a cui viene comunicata una diagnosi di cancro reagisce generalmente con fasi di risposta psicologica che vanno dallo shock, alla negazione, all'accettazione della malattia. In questa ultima fase, che prevede la rielaborazione del problema e il raggiungimento di un nuovo equilibrio, l'esigenza del supporto psicologico assume particolare rilevanza.

La Fondazione ODA, inoltre, per le donne che hanno subito violenza, con la dovuta riservatezza del caso e qualora acquisisca questo tipo di informazione da parte dell'utente, appronta percorsi di accoglienza mirata tramite il servizio di counseling attivo presso la Fondazione al fine di supportare l'utente nel percorso di diagnosi, cura e trattamento.

L'ES dell'ODA, nella sua multiprofessionalità e nelle sue specifiche competenze, di fronte a questo tipo di problematiche, risponde con diversificate metodologie di ascolto e accoglienza. Particolare attenzione viene destinata alla presa in carico con il riconoscimento e l'accessibilità dei diritti, l'adeguatezza del setting assistenziale e lo sviluppo di competenze mediante attività formative rivolte al personale a vari livelli.

Nella programmazione degli interventi a favore dell'utente viene destinata una particolare attenzione ai suoi ritmi fisiologici, cercando di adattare il più possibile le prestazioni riabilitative alle esigenze del paziente.

Resta inteso che, comunque, essendo la prestazione riabilitativa erogata nel contesto delle strutture ex art. 26 L. 833/78, l'iter amministrativo deve seguire il suo decorso che prevede il coinvolgimento del MMG o PDS e l'ASP per gli aspetti autorizzativi.

#### 8. *Valutazione dell'utente da parte dell'équipe (prima visita)*

Al momento della prima visita l'ES deve compilare il Modulo "Verbale di prima visita- comunicazione famiglia e obiettivi" (M59b), con il coinvolgimento dei genitori e/o a chi ne fa le veci, e deve effettuare una valutazione globale dell'utente definendo gli obiettivi da inserire nel PRI. Nel contempo, devono essere fornite all'utente e/o a chi ne fa le veci, le informazioni sulle modalità di erogazione della prestazione, le informazioni iniziali relative ai rischi strutturali, sul rischio clinico e sulle ICA, consegnando, altresì l'opuscolo informativo dove vengono fornite istruzioni e informazioni sugli argomenti indicati. Deve essere, altresì, illustrato e consegnato il Regolamento di Settore e presentate le figure professionali coinvolte nel percorso assistenziale -riabilitativo. La consegna di detta documentazione avviene tramite la compilazione del modello M91 – scheda di comunicazione.

Nel contesto della stessa visita devono essere acquisite eventuali informazioni utili alla corretta erogazione della prestazione ed eventuali esigenze e/o particolarità di cui necessita l'utente, nel rispetto dei criteri di umanizzazione di cui al precedente paragrafo 4.3 "Umanizzazione del servizio: fattori multiculturali, di genere e fragilità".

Sin dalla prima visita e nei successivi incontri di sintesi, che si svolgono almeno una volta l'anno in prossimità della scadenza del PRI, La Fondazione favorisce la partecipazione del paziente al processo assistenziale quale esperto della propria situazione, in quanto a conoscenza della propria malattia o della propria condizione di salute (*expertise*). Il paziente mette in campo il proprio vissuto quotidiano in riscontro ai trattamenti riabilitativi ai quali è sottoposto (*experience*).

L'utente (e i suoi familiari / caregiver) deve essere sempre coinvolto nel suo percorso di cura, con l'ascolto attento delle sue esigenze e delle sue indicazioni. Inoltre, deve avere sempre un'informazione dettagliata sul piano d'intervento e delle modalità di attuazione dello stesso.





Inoltre, devono essere date informazioni all'utente sull'iter burocratico /amministrativo per l'avvio del trattamento, meglio specificati successivamente.

L'ES deve provvedere ad un primo esame del quadro clinico funzionale dell'utente tramite l'utilizzo del modulo **"Giudizio di idoneità" (M56)**, finalizzato ad esprimere il giudizio al trattamento in conformità alle casistiche trattabili nel centro stesso.

La prima visita a cura dell'ES deve comprendere, oltre all'esame medico specialistico, anche un esame psicologico, un'inchiesta sociale, l'eventuale esame fisioterapico/logopedico (se necessario a giudizio dell'equipe), con l'apertura contestuale della cartella clinica informatizzata.

A tale fine l'utente, sia esso ambulatoriale, sia esso a regime residenziale o semiresidenziale, deve esibire il certificato anamnestico rilasciato dal proprio medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta e tutta la documentazione clinica/strumentale in suo possesso unitamente alla terapia farmacologica praticata.

In sede di prima visita, l'AS, deve acquisire il consenso ai dati personali, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (privacy).

Al termine dell'esame, il MRT deve compilare il modulo **"Giudizio di idoneità al trattamento" (M56)**, sia in caso di idoneità, sia in caso di inidoneità, dandone apposita motivazione.

Se il giudizio di idoneità è positivo:

- ✓ Il MRT, di concerto con l'ES, deve predisporre, entro e non oltre i 7 giorni lavorativi dalla prima visita, il **"Progetto riabilitativo individuale" (M59)**, utilizzando l'apposita modulistica prevista dal software gestionale dedicato, con particolare riferimento alla sezione "Obiettivi del Trattamento" in cui sono indicati gli obiettivi generali del trattamento riabilitativo sulla base dei dati clinici rilevati dall'ES e registrati sul modello **"Verbale di prima visita- comunicazione famiglia e obiettivi" (M59b)**;
- ✓ l'assistito (o i suoi genitori/tutore/amministratore di sostegno/servizi sociali affidatari nel caso di utente minorenne e/o incapace), deve provvedere a formalizzare la richiesta di assistenza compilando il **Modulo "Richiesta di assistenza" (M57)**. Nel caso in cui i genitori dell'utente minorenne e/o incapace siano in regime di separazione o divorzio, la documentazione deve essere sottoscritta dal genitore che esercita la potestà genitoriale e nel caso in cui venga esercitata da entrambi occorre rilevare la firma di entrambi i genitori. La firma di entrambi i genitori deve essere acquisita anche in caso di non separazione. Tale documento viene archiviato nella cartella amministrativa dell'utente a cura dell'AS e indicato nell'Elenco dei **"Documenti di cartella amministrativa" (Modulo M64)**.

Per quanto riguarda determinati settori di assistenza (soprattutto ambulatoriale, domiciliare ed extramurale), in questa fase dell'iter viene, se necessario, coinvolto il medico di medicina generale dell'utente o il pediatra di libera scelta, per la prescrizione su ricettario del SSR.

I documenti prodotti / gli esami effettuati sono utilizzati per decidere l'ammissibilità al ricovero e i comportamenti da tenere con lo specifico utente (ad esempio accorgimenti particolari nel caso di utente malato di epatite, ecc.).

Il MRT deve registrare l'esito degli esami in cartella clinica e deve allegare eventuali documenti/referti.

Nel caso di servizio residenziale e semiresidenziale, l'ES valuta, ai fini dell'inserimento nel gruppo riabilitativo, i seguenti aspetti:

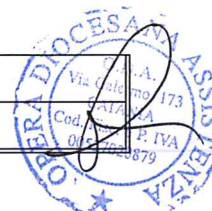
- fasce di età;
- tipologia di terapia erogata;
- patologia quadro clinico funzionale;
- tipo di intervento riabilitativo.

### **8.1. Ingresso dell'utente: raccolta dati amministrativi**

A fronte del **"Giudizio di idoneità al trattamento" (M56)** a cura del MRT vedi paragrafo precedente **"Valutazione dell'utente da parte dell'equipe: prima visita"**) e della richiesta di assistenza al trattamento avanzata dall'assistito tramite il modulo **"Richiesta di assistenza" (M57)**, devono essere acquisiti a cura dell'AS entro e non oltre i sette giorni lavorativi dalla ricezione del suddetto modulo, i documenti amministrativi finalizzati alla presentazione della richiesta di assistenza all'ASP competente. Nel caso in cui si eccedesse con la tempistica indicata dei 7 giorni lavorativi, l'AS deve evidenziare nell'inchiesta sociale le ragioni di eventuali ritardi, specificandone le apposite motivazioni.

**Nel caso in cui l'utente sia minore o sottoposto a provvedimenti di tutela, tutti i suoi documenti devono essere sottoscritti dai genitori/tutore/amministratore di sostegno/servizi sociali affidatari.**





Nel caso di utente minore o incapace o sottoposto a provvedimento per amministratore di sostegno, deve essere acquisita la documentazione che attesti la potestà genitoriale e/o l'eventuale provvedimento di nomina a tutore/amministratore di sostegno, unitamente ad una fotocopia del documento di identità (del tutore/amministratore di sostegno) in corso di validità ed i relativi dati di contatto personali del tutore/amministratore di sostegno (recapito telefonico, e-mail).

Nel caso in cui l'utente deve essere prelevato (all'uscita) da terzi, l'AS in collaborazione del/di genitore/i/tutore/amministratore di sostegno/servizi sociali affidatari deve compilare il modello **"Autorizzazione Consegna utente a terzi" (M149a)**, nel quale vengono indicate le persone autorizzate a prelevare e/o riaccompagnare l'utente presso il CdR di riferimento. L'identificazione di tali persone deve essere puntuale e devono essere compilati tutti i campi del modello. Inoltre dette persone devono essere riportate nell'elenco del modello di delega allegato al consenso del trattamento dei dati.

Il suddetto modello deve essere firmato dall'AS del settore (compilatore/verificatore) e controfirmato dal Direttore Medico Responsabile e ove previsto dal Direttore Amministrativo.

Quando si verifica il caso di prelievo da parte di terzi (previa visione del documento di identità) l'operatore a cui è affidato l'utente deve verificare nel modulo **"Autorizzazione Consegna utente a terzi" (M149a)** il nominativo di chi richiede il prelievo dell'utente, identificare il prelevante e contestualmente deve compilare il modulo **"Prelievo utente da parte di terzi" M149b**.

## **8.2. Ingresso dell'utente: richiesta di autorizzazione al trattamento**

Il MRT deve compilare il modello **"Scheda di Segnalazione" (Modello A)** di richiesta al trattamento (nel caso di primo trattamento) o la **"Richiesta Assistenza proroga" (M89)** che corrisponde al **(Modello E)** (nel caso di continuazione del trattamento).

L'invio dei suddetti modelli all'ASP, a seconda dei casi, è di competenza delle funzioni amministrative dei CdR di riferimento. In casi di difficoltà oggettive delle funzioni amministrative l'invio dei suddetti modelli è a cura dell'AS.

I modelli devono essere inviati all'ASP tramite PEC come da **Istruzione operativa "SOISTR-08 gestione delle PEC"** entro e non oltre i 7 giorni lavorativi dalla loro compilazione e comunque, avuta conferma della stampa dell'elenco delle proroghe da parte del MRT, unitamente ai dati necessari per l'avvio del trattamento o per la continuazione del trattamento.

Qualora non fosse possibile procedere al suddetto invio tramite PEC, il modello in formato cartaceo deve essere trasmesso tramite raccomandata A/R all'ASP di appartenenza della struttura, al distretto di residenza dell'utente e, nel caso del servizio domiciliare anche all'eventuale ASP del domicilio dell'utente, qualora non corrisponda alla residenza.

Una volta ricevuto il riscontro da parte dell'ASP, i documenti restituiti devono confluire nella cartella amministrativa dell'utente in questione.

Le funzioni amministrative devono creare una copia digitale di tutti i documenti ed inserire gli stessi nella cartella amministrativa dell'utente: Tali copia dei suddetti documenti deve essere scansionata e allegata sul software in uso 4Handy.

Tutte le comunicazioni devono pervenire via PEC all'ASP dai vari CdR e devono essere inoltrate contestualmente all'Ufficio Centro, come previsto **dall'Istruzione operativa "SOISTR-08 gestione delle PEC"**.

Il DMR deve esaminare il **Modello A Scheda di Segnalazione** per verificare:

- l'adeguatezza
- la completezza
- la non ambiguità
- la non conflittualità

dei requisiti del servizio e firma il **Modello A Scheda di Segnalazione** per approvazione. In presenza di difformità o incompletezza del modello, lo stesso deve essere rinviato al compilatore affinché tempestivamente proceda all'opportuna integrazione e/o modifica.

La documentazione, unitamente ad una copia del modulo di **"Richiesta di assistenza" (M57)**, deve essere inviata, da parte delle funzioni amministrative entro e non oltre 7 giorni lavorativi, ai distretti di appartenenza del centro e al distretto di appartenenza dell'utente tramite PEC. Nel caso di impossibilità a procedere al suddetto invio tramite PEC, la documentazione





in formato cartaceo deve essere trasmessa ai distretti di appartenenza del centro e al distretto di appartenenza dell'utente tramite raccomandata A/R.

In casi di difficoltà oggettive delle funzioni amministrative a procedere a tale adempimento, l'invio della suddetta documentazione è a cura dell'AS.

Tutte le comunicazioni devono pervenire via PEC all'ASP dai vari CdR e devono essere inoltrate contestualmente all'Ufficio Centro, come previsto dall'Istruzione operativa "SOISTR-08 gestione delle PEC".

#### 9. *Modalità di consegna all'ASP dell'elenco proroghe autorizzazioni in scadenza e relativa restituzione da parte dell'ASP al CdR di riferimento*

##### La documentazione prodotta deve essere inviata:

- primo destinatario: ASP di appartenenza della struttura;
- secondo destinatario: ASP di residenza dell'utente.

Per il servizio domiciliare, la documentazione prodotta deve essere inviata, oltre al primo e secondo destinatario di cui sopra, anche ad un terzo destinatario: - ASP di domicilio dell'utente.

Il MRT, confermata la corretta elaborazione dell'elenco delle proroghe in scadenza, deve comunicare alle funzioni amministrative di procedere alla stampa dello stesso elenco e alle stampe delle singole proroghe elencate.

Al fine di mantenere la tracciabilità della documentazione pervenuta, al momento della sua restituzione da parte dell'ASP, le funzioni amministrative del CdR devono annotare sull'elenco delle proroghe consegnate il protocollo di ricezione o data di restituzione dell'autorizzazione in modo da poter monitorare costantemente il rientro delle autorizzazioni e poter avere prontezza di eventuale documentazione non ancora pervenuta.

Le autorizzazioni pervenute dall'ASP devono essere archiviate contestualmente nella cartella amministrativa dell'utente da parte delle funzioni amministrative.

Il distretto può approvare in toto la richiesta in termini di:

- ◆ Tipo di trattamento e n. sedute;
- ◆ Periodo di trattamento;

oppure non approvare, oppure approvare una impegnativa al trattamento riabilitativo con condizioni variate rispetto alla richiesta.

Se l'impegnativa viene emessa dall'ASP, l'ES entro e non oltre i 3 giorni lavorativi deve provvedere a verificare che le condizioni dell'impegnativa siano conformi rispetto alla richiesta.

In caso di variazioni, l'ES deve provvedere ad effettuare le attività descritte nel paragrafo successivo.

#### 9.1. *Caso di variazione impegnativa o di rifiuto da parte dell'ASP*

Nel caso in cui l'ASP emetta l'impegnativa variando i termini della richiesta (Es. richiesta di ricovero in regime domiciliare ed emissione da parte della ASP di impegnativa per ricovero in ambulatorio), l'ES che ha espresso il primo giudizio di idoneità, deve provvedere ad esaminare entro e non oltre i tre giorni lavorativi le variate condizioni dell'impegnativa al fine di:

- valutare che il CdR abbia la disponibilità per erogare la prestazione variata;
- valutare la rispondenza alle aspettative dell'assistito;
- verificare la capacità del CdR ad erogare le prestazioni variate;
- rivalutare la compatibilità del nuovo trattamento con il gruppo assistiti;
- verificare l'adeguatezza dei contenuti economici.



Il DMR, o suo delegato, si deve attivare tempestivamente entro e non oltre i sette giorni lavorativi verso il distretto per risolvere eventuali divergenze tra i requisiti della richiesta di ricovero e quelli contenuti nell'impegnativa. Il DMR, o suo delegato, deve programmare con il distretto una visita in loco al fine di diminuire le tempistiche e procedere alla risoluzione tempestiva del caso.

I risultati di tutte le attività sopra elencate devono essere contenute nel modulo **“Attestazione di riesame dell'impegnativa” (M87)**.

Nel caso in cui il distretto non approvi la richiesta e nei casi in cui le variare condizioni dell'impegnativa non siano sostenibili per le motivazioni contenute nel verbale di riesame dell'impegnativa, l'AS deve provvedere ad informare tempestivamente l'utente e/o chi ne fa le veci e, nel secondo caso, su disposizione del DMR e MS, deve comunicare tempestivamente la non accettazione dell'impegnativa al distretto entro e non oltre i cinque giorni lavorativi tramite i canali ufficiali.

## 9.2. Presa in carico dell'utente

Al momento della presa in carico dell'utente, l'AS stampa la pagina del PRI relativa alle figure professionali coinvolte relativo al modulo **“Progetto riabilitativo individuale” (M59)** e ne acquisisce le firme entro e non oltre i sette giorni lavorativi.

La definizione del “Piano di trattamento” deve avvenire dopo un periodo di osservazione dell'utente da parte delle figure professionali coinvolte nel percorso clinico- assistenziale (periodo compreso tra i 7 e i 30 gg., che varia in funzione del quadro clinico dell'utente e degli obiettivi definiti).

All'avvio del trattamento, l'AS, entro e non oltre i cinque giorni lavorativi, deve comunicare all'ASP competente per territorio e all'ASP che ha emesso l'impegnativa, la data di avvio del trattamento, secondo l'apposito modulo **“Inizio trattamento”** reperibile all'interno dei modelli del Software in uso 4Handy. Tale inoltro deve avvenire secondo le indicazioni previste dall'**Istruzione operativa “SOISTR-08 gestione delle PEC”**.

In caso di variazioni permanenti dell'ES, la sezione “presa in carico” del PRI viene aggiornata tramite la dichiarazione sul modello **“Subentro nuovo professionista in sostituzione” (M61)** firmata dall'operatore che subentra nella presa in carico dell'utente.

In caso di variazioni temporanee (sostituzioni, malattie, ecc.) di massimo 30 giorni, il professionista in sostituzione deve aggiornare il modulo **“Cartella clinica - Scheda aggiornamento” (M76)** in data contestuale alla presa in carico dell'utente e alla fine del periodo di sostituzione.

## 10. Erogazione del servizio: aspetti sanitari

**Vedi istruzione operative “Sqistr-05 gestione del percorso clinico-assistenziale”**

## 11. Generalità sulla Cartella clinica

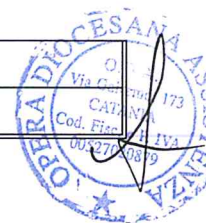
Nella cartella clinica devono essere registrate, da parte di tutti gli operatori coinvolti nel percorso clinico- assistenziale, tutti gli interventi compiuti a favore dell'assistito.

**LA FREQUENZA DI AGGIORNAMENTO DEVE ESSERE ALMENO TRIMESTRALE (AD ECCEZIONE DEL SETTORE RESIDENZIALE, PER CUI LA FREQUENZA MINIMA DI AGGIORNAMENTO DEVE ESSERE SEMESTRALE).**

I documenti emessi dagli operatori iscritti in appositi ordini o albi professionali, devono essere firmati con apposizione del timbro indicante il nome, la qualifica e il numero di iscrizione all'ordine / albo se previsto (in alternativa, apporre la firma e il nominativo, la qualifica e il numero di iscrizione all'ordine / albo in stampatello leggibile).

Gli aggiornamenti, ancorché non scaduti, devono essere effettuati in data anteriore alla scadenza naturale, nell'eventualità di un periodo di assenza programmata.





### 11.1. Generalità sull'emissione e revisione del "Progetto riabilitativo"

Il MRT è il responsabile del singolo progetto e deve coordinare l'ES nella stesura dello stesso.

L'intera ES, intendendo per essa l'insieme delle figure professionali coinvolte nel percorso clinico- assistenziale, basandosi sulle informazioni indicate sull'indice di comorbidità (CIRS) rilasciata dal MMG o PDL, deve partecipare alla formulazione diagnostico-funzionale e alla definizione del programma riabilitativo definendo gli obiettivi, gli strumenti da inserire nel piano di trattamento utilizzato per realizzare il progetto nel suo insieme.

Il modulo **"Progetto riabilitativo individuale" (M59)**, che contiene dati socio-sanitari, piano di trattamento con obiettivi e tempistica di riferimento, deve essere inviato in copia all'ASP di competenza come definito nel precedente paragrafo 4.7 "Modalità di consegna all'ASP dell'elenco proroghe autorizzazioni in scadenza e relativa restituzione da parte dell'ASP al CdR di riferimento".

Quando si effettua una revisione del PRI è necessario mantenere traccia delle revisioni effettuate (su carta o file), identificando chiaramente le variazioni apportate. Tale competenza spetta al MRT.

Se la revisione riguarda una modifica sostanziale del piano di trattamento, il MRT revisiona il PRI e le funzioni amministrative devono inviare la copia alla ASP di competenza come definito nel precedente paragrafo 4.7 "Modalità di consegna all'ASP dell'elenco proroghe autorizzazioni in scadenza e relativa restituzione da parte dell'ASP al CdR di riferimento".

Tale comunicazione, a cura delle funzioni amministrative, deve avvenire entro e non oltre i 7 giorni lavorativi dalla revisione.

### 11.2. Progetto riabilitativo individuale

Il PRI deve essere definito a seguito della prima visita a cura dell'ES, che deve stabilire l'idoneità al trattamento. Dal 7° a 30° giorno, dopo l'inizio del trattamento, le figure professionali coinvolte nel processo clinico- assistenziale, devono effettuare una prima valutazione dell'utente e devono registrare la relativa evidenza nell'apposita scheda in cartella clinica.

Riconosciuta quindi l'idoneità da parte del CdR, al fine di dare riscontri efficaci ed efficienti ai bisogni correlati al profilo funzionale dell'utente, tenendo conto anche delle indicazioni contenute nell'Istruzione Operativa **SOISTR-10 "Umanizzazione del servizio: fattori multiculturali, di genere e fragilità"**, l'ES deve provvedere a formalizzare l'assegnazione dell'utente alle figure professionali coinvolte, riportando ad essi le informazioni di maggior rilievo.

Gli elementi in ingresso al progetto specifico del singolo utente sono rappresentati da:

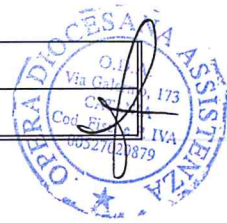
- Indice di comorbidità (CIRS) rilasciata dal MMG o PDL;
- diagnosi clinica e funzionale, corredata di codifiche secondo l'ICD9CM e ICD10; verificare aggiornamento
- dati relativi alla sua sfera biologica (condizioni di salute, funzioni e strutture corporee);
- dati relativi alla sua sfera individuale (capacità di agire nello spazio individuale – Attività - ADL);
- dati relativi alla sua sfera relazionale (capacità di agire nello spazio socio-relazionale – Partecipazione – IADL);
- documenti di riferimento, linee-guida sanitarie, leggi applicabili, informazioni utili, ad es. provenienti da progetti simili, ecc. (quando applicabili);
- umanizzazione del servizio: fattori multiculturali, di genere e fragilità.

Gli elementi in ingresso devono essere riportati dal MRT nella fase di stesura, attraverso relazioni descrittive sintetiche sul PRI stesso. Della coerenza di tali dati deve essere data evidenza sulla pagina di controllo allegata al Modello **"Progetto riabilitativo individuale" (M59)**.

Avvalendosi dei dati di base, l'ES, e, ove ritenuto necessario, tramite la collaborazione delle figure professionali coinvolte nel percorso clinico- assistenziale (fisioterapisti, e/o logopedisti, e/o psicomotricisti, e/o Educatori professionali), deve stilare il PRI che comprende:

- la specificazione del Medico responsabile del progetto e i professionisti e tecnici di riferimento;





- la definizione del trattamento;
- la definizione e/o revisione degli obiettivi del trattamento, compresi il o i criteri di verifica degli obiettivi;
- la definizione del piano di trattamento (strumenti operativi funzionali allo scopo di riabilitare l'utente).

### 11.3. Verifica del progetto riabilitativo individuale e l'acquisizione del consenso informato

La verifica del progetto deve essere effettuata dall'intera ES contestualmente alla redazione del progetto: in tale occasione deve essere valutata la coerenza di quanto progettato con i dati di base. L'evidenza della verifica è data dalla firma congiunta del medico responsabile del trattamento e del DMR.

Il PRI deve essere condiviso dall'intera ES con l'utente (tutore/amministratore di sostegno/servizi sociali affidatari nel caso di utente minorenne e/o incapace) che, dopo aver ricevuto tutte le informazioni, lo deve sottoscrivere per condivisione esprimendo il **consenso informato**, tramite il modulo **"Consenso informato al trattamento" M59c**, alla specifica proposta di trattamento.

In quest'ottica, quindi, è molto importante, dettagliare eventuali controindicazioni dell'attività riabilitativa e compilare con la massima attenzione tutti i campi del progetto.

La redazione del PRI deve essere formalizzata tramite la compilazione del Modulo **"Verbale di presa in carico – prima visita" (M59b)** dove devono essere individuate le figure professionali coinvolte nell'erogazione della prestazione, modalità e tempi di effettuazione del servizio, informazioni accurate su eventuali rischi / controindicazioni connesse alle modalità di erogazione del trattamento, informazioni e presa visione delle procedure di gestione del rischio clinico ed eventi avversi, informazioni sulla struttura ed eventuali rischi connessi alla sicurezza, modalità di ascolto, educazione e coinvolgimento del paziente nei processi di cura.

La compilazione del modulo **"Verbale di presa in carico – prima visita" (M59b)** deve essere effettuata dall'equipe in occasione della prima visita. Lo stesso modulo, in caso di variazioni sia delle modalità delle prestazioni e/o modifiche significative rispetto alle informazioni acquisite all'inizio, deve essere aggiornato a cura dell'AS e contestualmente dalla stessa comunicare all'utente (tutore/amministratore di sostegno/servizi sociali affidatari nel caso di utente minorenne e/o incapace) acquisendone la firma per conoscenza.

Le revisioni del PRI devono essere comunicate alla famiglia per la sottoscrizione delle stesse.

### 11.4. Riesame del progetto riabilitativo individuale

Con la periodicità indicata nella sezione "Obiettivi" del PRI, l'ES deve effettuare il riesame del progetto, ovvero la verifica del raggiungimento degli obiettivi, utilizzando i dati emersi dalle attività riabilitative registrate in cartella clinica (esame neuropsichiatrico, esame psicologico, scheda sociale, scheda di logopedia, scheda di psicomotricità, scheda di fisioterapia, scheda degli educatori).

Al fine di validare ulteriormente il percorso riabilitativo offerto all'utente, all'interno della cartella clinica possono essere previste scale di valutazione, finalizzate a monitorare sul piano quantitativo l'esito ottenuto.

A tal riguardo è tuttavia necessario ribadire che, in caso di trattamenti di lungo periodo (come nel caso di utenti con ritardo mentale, con PCI), raggiunto il plateau prestazionale, si considera obiettivo di qualità la stabilizzazione del quadro clinico-funzionale.

Infine, in caso di malattia degenerativa, pertanto da considerare inevitabilmente progressiva nel suo peggioramento, è considerato obiettivo di qualità, porre una barriera alla regressione prestazionale dell'utente.

Dette valutazioni devono essere riportate nell'apposita sezione "Verifiche degli obiettivi", del PRI a cura del MRT entro e non oltre i sette giorni lavorativi dal riesame del progetto. Nella suddetta sezione viene indicato obiettivo per obiettivo l'esito ottenuto in termini di:

- 1) peggiorato
- 2) stazionario o invariato
- 3) migliorato
- 4) obiettivo completamente raggiunto,

aggiungendo, eventualmente, una breve descrizione.

Nel caso in cui dalle verifiche emerga l'esigenza di ridefinire il Piano di trattamento e/o i suoi obiettivi, l'ES deve contestualmente aggiornare il PRI.





### 11.5. Validazione del Progetto riabilitativo individuale

La validazione del progetto è contestuale al riesame del PRI (controlli periodici del livello di raggiungimento degli obiettivi).

In tale contesto, infatti, l'ES, nel valutare il livello di raggiungimento degli obiettivi, deve valutare l'appropriatezza del PRI e le eventuali modifiche necessarie.

### 11.6. Percorso terapeutico riabilitativo individuale e controlli sulla qualità della documentazione

Definito il PRI, l'ES, all'atto dell'ammissione, deve provvedere a rendere operativo il PRI individuando per i settori residenziali e semiresidenziali, i vari gruppi di inserimento (classe scuola, gruppi attività, gruppo appartamento, terapisti) e presentando l'utente ai tecnici della riabilitazione (terapista, educatore, personale socio-sanitario) e ad eventuali docenti della struttura scolastica di riferimento, indicando in particolare i principali aspetti clinico-comportamentali da considerare per facilitare l'inserimento e il buon esito del trattamento riabilitativo stesso.

## 12. Ausili e protesi

Nel caso vi sia la necessità, il MRT deve individuare i requisiti funzionali di eventuali ausili che appaiono indispensabili o facilitanti per il trattamento riabilitativo ed avvia la famiglia dell'assistito nell'attività di richiesta all'ASP competente per il rilascio degli ausili, costituendo un supporto di consulenza per la famiglia durante tutto l'iter finalizzato al rilascio dell'ausilio; se la famiglia non è presente, AS, in collaborazione con MRT, provvede a predisporre tutta la documentazione da inviare alla ASP competente per il rilascio.

Al momento della consegna, MRT provvede a verificare con la famiglia che le caratteristiche dell'ausilio erogato siano compatibili con le esigenze dell'utente e a fornire alla famiglia e/o agli operatori le istruzioni necessarie per un corretto utilizzo del medesimo.

## 13. Trattamento riabilitativo

All'atto dell'ammissione, l'utente viene assegnato ai terapisti ed agli educatori. L'ES deve effettuare e deve formalizzare nella sezione apposita del PRI la pianificazione degli orari e delle attività di terapisti ed educatori tramite l'utilizzo di apposite schede di seguito indicate.

L'attività di terapia deve essere formalizzata, utilizzando:

- il modulo **M64 "Prospetto rilevazione presenze-assenze"**, che ha lo scopo di attestare l'erogazione del servizio all'utente, nei casi di ambulatorio, domicilio ed extramurale;
- il modulo **M65 "Rilevazione prestazione riabilitativa"**, nei casi di regime residenziale e semiresidenziale.

### 13.1. Controlli del percorso riabilitativo e comunicazione con il paziente e/o caregiver

Ai fini della verifica degli obiettivi del PRI, i membri dell'ES, ciascuno per le proprie competenze, preventivamente, devono effettuare una visita di controllo dell'utente, registrare l'esito sulle schede apposite e dare evidenza nella sezione controllo obiettivi del PRI.

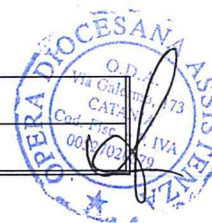
Inoltre, devono essere effettuati controlli dai membri dell'ES, con la periodicità di seguito definita, ai fini della richiesta di proroga del trattamento o della dimissione dell'utente per raggiunti obiettivi (ogni 180 gg. per il residenziale; ogni 90 gg. per il semiresidenziale/l'ambulatorio/il domicilio e l'extramurale). Questi controlli, opportunamente registrati sulle varie schede presenti in cartella clinica, devono avvenire preventivamente alla verifica degli obiettivi.

Il MRT, inoltre, avvalendosi anche delle registrazioni prodotte dai membri dell'ES, deve effettuare la valutazione clinico funzionale dell'utente, registrandone l'esito sull'apposita scheda in cartella clinica (proroga o dimissioni) definendo la proroga dell'autorizzazione in corso o l'eventuale dimissioni a scadenza della stessa.

Con periodicità almeno annuale, devono essere effettuate le riunioni di sintesi a cui partecipa l'utente, se autosufficiente o familiari di riferimento, e anche eventuali amministratori di sostegno e tutori. A discrezione del familiare e su valutazione dell'ES, deve essere stabilita o meno la presenza del caregiver.

Tali riunioni devono coinvolgere l'intera ES ed eventuali operatori esterni.





Le riunioni di sintesi devono essere verbalizzate e sottoscritte da tutti i partecipanti. Il modulo da utilizzare è il modulo **“Verbale di sintesi” (M112)**, che deve essere redatto da un componente dell’ES di volta in volta designato.

Il familiare dell’utente deve essere convocato formalmente alla riunione di sintesi tramite il modulo **“Convocazione sintesi” (M128)**.

Gli aggiornamenti in cartella clinica da parte di tutti gli operatori devono essere effettuati con una frequenza minima trimestrale (ambulatorio, domicilio, extramurale, semiresidenziale) o semestrale (residenziale) o inferiore (ogniqualevolta si ritenga necessario).

L’ES (ognuno per la sua funzione) deve curare l’inserimento di certificazioni, prescrizioni e relazioni in cartella clinica dell’utente.

Gli utenti/familiari devono essere costantemente aggiornati sul quadro clinico funzionale e sull’andamento del piano di trattamento. Pertanto, il MRT o DMR deve convocare utente/familiare, con periodicità almeno semestrale o inferiore (ogniqualevolta si ritenga necessario), registrando l’incontro in cartella clinica e acquisendo la firma dell’utente/familiare per condivisione.

Il paziente e/o caregiver annualmente, di norma entro i primi sei mesi dell’anno, viene invitato alla compilazione della scheda **M37 – questionario di soddisfazione utente**. Sui dati raccolti viene effettuata un’analisi con l’elaborazione di uno specifico prospetto che confluisce nel documento **“Report Sanitario”** al fine di poter effettuare una valutazione delle criticità riscontrate e mettere in atto eventuali azioni di miglioramento.

Almeno una volta l’anno, il MRT deve richiedere l’aggiornamento dell’indice di comorbidità (CIRS) all’utente e/o familiare che deve provvedere a richiederlo ai MMG e/o PDL.

Gli aggiornamenti devono rispondere ai requisiti di rintracciabilità, chiarezza, accuratezza, veridicità, pertinenza, completezza, riservatezza e devono essere redatti in modo chiaro e leggibili e contenere tutte le registrazioni previste, ovvero data, qualifica dell’operatore, nome e cognome, numero di iscrizione all’ordine / albo di appartenenza (ove previsto) e firma.

Il DMR, o medico all’uopo delegato, ha la responsabilità di assicurare, attraverso opportuni controlli, che tutte le registrazioni necessarie siano presenti in cartella clinica e che le registrazioni rispettino i requisiti di qualità sopra indicati, avvalendosi del modulo **“Controlli sulla cartella clinica M84”**. Tale modulo, compilato singolarmente per ogni cartella visionata, deve riportare l’indicazione delle schede visionate, la loro conformità o meno secondo gli indicatori specificati, le eventuali osservazioni / criticità.

Tali controlli devono essere effettuati almeno trimestralmente su un campione del 10% delle cartelle per ogni settore. Il DMR deve verificare e sottoscrivere i controlli effettuati.

Alla fine del controllo sul campione individuato, il DMR deve compilare il modulo riepilogativo **“Prospetto riepilogo evidenze-criticita” (M84A)** dove devono essere riassunte eventuali criticità e/o osservazioni importanti ai fini del miglioramento della qualità della documentazione clinica. Tale prospetto deve essere siglato contestualmente dal DMR. In ogni caso, le osservazioni / criticità, o reclami specifici sulle modalità di comunicazione utente/familiari e struttura, devono essere riportate nel **(M84B) “Report Percorso Clinico Assistenziale”** con eventuali proposte di azioni correttive e/o miglioramenti in modo da poterne discutere in sede di Riesame della Direzione. In uscita al riesame, se ritenuto opportuno, deve essere inserito nel piano di miglioramento l’azione/progetto finalizzata al superamento della criticità emersa.

Nel caso di necessità di proroga dell’assistenza, il MRT (o suo delegato) deve compilare il modulo **“Richiesta Proroga Assistenza” (modello E)**, firmato per approvazione dal DMR per i servizi ambulatoriali, domiciliari, extramurale e semiresidenziale e dal DA per il servizio residenziale. Ogni CdR deve provvedere ad inviare i moduli **“Richiesta Proroga Assistenza” (modello E)** così compilati alle ASP competenti per territorio (compilando una distinta di consegna documenti, nei tempi previsti dalla convenzione regionale vigente).

Le scadenze delle proroghe sono altresì evidenziate in automatico dall’applicativo in uso “4Handy”.

Ogni singolo CdR deve provvedere ad inviare all’ufficio rette dell’ODA copia della prima impegnativa dell’utente e relativa segnalazione di inizio trattamento contestualmente all’ammissione dell’utente al trattamento.

Nel caso in cui dal controllo emerga il raggiungimento degli obiettivi, l’utente è dimesso (vedi paragrafo successivo).

Possono verificarsi ulteriori momenti di controllo da parte dell’ES, correlati a problematiche emerse durante il trattamento (ad es. feeling non ottimale tra utente e terapisti / operatori), con richieste dell’utente o dei suoi familiari, ecc. Se necessario, a seguito di questi controlli, deve essere aggiornato contestualmente, a cura del MRT, il PRI.

### 13.2. Allontanamenti utenti dal gruppo di lavoro (setting residenziale e semiresidenziale)

Ai fini della sicurezza dell’utente presso il CdR e del monitoraggio dello stesso nelle varie fasi di attività del settore di riferimento, l’uscita e il rientro degli utenti dal gruppo di lavoro (regime residenziale e semiresidenziale), per qualsiasi motivo





(sedute di terapia, visite mediche/psicologiche, ecc.), deve essere regolamentata attraverso il modulo "Allontanamento utenti dal gruppo" (M114).

Prima dell'uscita o del rientro, gli operatori che hanno in carico l'utente devono apporre data, orario e firma.

### 13.3. Uscite e rientri dal CdR degli utenti (setting residenziale e semiresidenziale)

Ai fini della sicurezza dell'utente presso il CdR e del monitoraggio dello stesso, l'uscita e il rientro degli utenti dall'istituto (regime residenziale e semiresidenziale) sono regolamentate attraverso il modello "Uscite e rientri dal CdR degli utenti" (M114b). Prima dell'uscita o del rientro, l'utente deve essere controllato dall'Infermiere/medico e il controllo deve essere controfirmato dal genitore/tutore. Nel caso in cui all'utente / genitori vengano consegnati farmaci e/o prescrizioni, tale consegna deve essere indicata nell'apposito campo.

Nel caso in cui il prelevamento dell'utente avvenga da parte di persone "terze", le stesse devono essere identificate, compilando tutti i campi del modello "Uscite e rientri dal CdR degli utenti" (M114b) e "Prelievo utente da parte di terzi" (M149b).

Non è possibile consegnare utenti a persone non indicate nel modulo "Autorizzazione Consegna utente a terzi" (M149a).

## 14. Erogazione del servizio

### 14.1. Turni di lavoro

I turni di lavoro vengono definiti e articolati sulla base del CCNL vigente.

I criteri per la formulazione dei turni di servizio devono essere stabiliti, entro il primo trimestre di ciascun anno, dalle Direzioni previo esame con le Rappresentanze sindacali e fatte salve le attribuzioni di Legge del Direttore medico responsabile.

La pianificazione dei turni deve essere condivisa con il personale interessato attraverso la consegna diretta oppure l'affissione in bacheca con firma di presa visione di tutti gli interessati. La modulistica deve essere sempre convalidata dalla firma del compilatore e dalla data di compilazione. Le eventuali variazioni devono essere comunicate prontamente agli interessati; se le variazioni sono consistenti (sostituzioni per malattie prolungate superiori a 3 gg.) determinano, oltre alla comunicazione, l'aggiornamento della pianificazione dei servizi nella sua totalità.

### 14.2. Organizzazione delle attività quotidiane (setting residenziale e semiresidenziale)

In linea generale, la giornata tipo (giorni feriali), in ciascun istituto, è la seguente:

	GIORNATA TIPO RESIDENZIALE	GIORNATA TIPO SEMIRESIDENZIALE
MATTINA	Sveglia e igiene personale	Accompagnamento in istituto e/o Accoglienza in istituto
	Colazione	Colazione
	Inserimento nelle attività in base allo specifico piano riabilitativo / di assistenza / educativo	Inserimento nelle attività in base allo specifico piano riabilitativo / di assistenza / educativo
	Merenda	Merenda
	Proseguimento attività	Proseguimento attività
	Preparazione per il pranzo	Preparazione per il pranzo
	Pranzo	Pranzo
POMERIGGIO	Ripresa delle attività	Ripresa delle attività
	Merenda	Uscita degli utenti o Accompagnamento a casa
	Proseguimento delle attività	
SERA	Cena	
	Igiene personale e letto / tv	



Ciascun istituto deve pianificare le attività della giornata su modulistica propria, condivisa con il personale interessato, attraverso la consegna diretta oppure l'affissione in bacheca; la modulistica deve comprendere (dove applicabile):

- definizione dei gruppi di lavoro (educatori ed utenti);
- pianificazione delle attività della giornata.

#### 15 *Gestione della cucina e prescrizioni alimentari (setting residenziale e semiresidenziale)*

Nel rispetto delle prescrizioni previste dal manuale HACCP vigente presso la Fondazione, l'ODA si avvale di fornitori qualificati che preparano i pasti e li consegnano in monoporzioni sigillate.

Le modalità di comunicazione con i fornitori sono dettagliate nella Istruzione Operativa **SOISTR-03 "Ricezione pasti"**.

#### 16 *Igiene dell'utente (setting residenziale e semiresidenziale)*

L'igiene personale dell'utente, deve essere effettuata dal personale ausiliario o dagli educatori rispettando determinate fasce orarie e una regolare ciclicità. L'operatore che deve provvedere all'igiene personale, deve effettuare con frequenza giornaliera (mattina e/o sera) le seguenti attività:

- supervisionare ed eventualmente aiutare l'utente nelle operazioni relative all'igiene personale, con particolare attenzione alle zone pilifere;
- supervisionare ed eventualmente aiutare l'utente nella doccia e shampoo;
- controllare e supervisionare con attenzione che la pulizia delle mani e dei denti venga effettuata correttamente, soprattutto dopo il pranzo e dopo cena;
- verificare le condizioni dell'eventuale pannolone (se sporco provvedere al cambio);
- verificare le condizioni dell'eventuale pannolone (se sporco provvedere al cambio)
- verificare che l'utente non utilizzi abiti consunti o trasandati ed eventualmente sostituire il capo di abbigliamento sporco, macchiato o inadeguato;
- tagliare le unghie;
- segnalare la necessità di un taglio capelli;
- radere gli utenti che non sono in grado di farlo autonomamente, avendo cura di riporre in ordine il materiale.
- Quando necessario, inoltre, si deve provvedere alla sostituzione di spazzolino da denti, spugna o altri strumenti.

Gli operatori, negli orari di svolgimento del servizio possono essere chiamati, in base alle esigenze, ad effettuare interventi di igiene personale straordinaria dell'assistito anche al di fuori dei servizi programmati.

Almeno mensilmente, il DMR deve incaricare un operatore ad effettuare un controllo sull'igiene degli utenti. Tale controllo deve essere a campione, su un numero di utenti pari al 10%, scelti in relazione alla "criticità" ed indicati sul modulo **"Controllo igiene personale" (M19)**. Durante tale controllo, devono essere messi in evidenza anche necessità di richiesta alla famiglia di nuova biancheria e/o altro. In base all'esito del controllo, il DMR, decide, tenendo conto anche della criticità degli utenti controllati, eventuali necessità di azioni correttive.

#### 17 *Gestione della biancheria dell'utente, del denaro e di altri oggetti personali (applicabile sempre nel caso del servizio residenziale, in alcuni casi nel servizio semiresidenziale o ambulatoriale)*

I vestiti e altra biancheria dell'utente, già identificati, sono consegnati, dall'utente stesso o dai parenti, all'AS (o un suo delegato) che deve provvedere alla registrazione sul modulo **"Gestione biancheria" (M04)**.

Se la biancheria non è consegnata all'AS, l'ODA non risponde di eventuali smarrimenti.

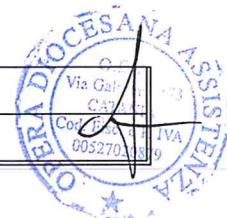
Giornalmente, il personale ausiliario raccoglie la biancheria da lavare e la porta presso il locale lavanderia.

Il personale ausiliario deve provvedere alla preparazione del sacco per la lavanderia (esterna).

Al momento della riconsegna, l'addetto alla lavanderia, prima dello smistamento della biancheria deve controllare lo stato della stessa per rilevare eventuali necessità di riparazione o eliminazione di biancheria logorata. In quest'ultimo si deve dare comunicazione all'utente o ai suoi familiari.

La necessità di richiedere nuova biancheria deve essere evidenziata o dall'utente oppure dagli operatori, in occasione dei controlli sull'igiene personale dell'utente e della pulizia giornaliera.





La gestione del denaro degli utenti, se applicabile, deve essere eventualmente convenuta con i parenti/tutori/amministratori di sostegno all'ingresso ed è registrata sul modulo **"Gestione del denaro" M03 e M03/b** tenuto aggiornato dal DA, che vi annota le informazioni sulle entrate ed uscite.

Eventuali oggetti personali devono essere registrati, alla consegna, dal DA o suo delegato, su apposito modulo **"Gestione dei beni di proprietà dell'utente" (M18)**; Gli eventuali beni di proprietà consegnati dagli utenti devono essere maneggiati dal personale con la massima cura al fine di evitare danni e/o eventuali perdite e/o danneggiamenti, i quali devono essere annotati prontamente nello stesso modulo e comunicati tempestivamente all'utente e/o familiari da parte del DA del CdR di riferimento.

L'ODA non risponde degli oggetti che non siano stati opportunamente registrati.

### 18 Parrucchiera/barbiere

Su richiesta/necessità è effettuato il servizio di "parrucchiera e/o barberia", che deve essere affidato all'esterno dell'organizzazione oppure gestito dagli stessi operatori interni, avvalendosi di attrezzature adeguate.

### 19 Dimissioni

Valutato il quadro clinico dell'assistito ed evidenziato il raggiungimento e/o la stabilizzazione degli obiettivi prefissati nel progetto riabilitativo, l'ES deve procedere alla formalizzazione delle dimissioni: l'AS deve predisporre la richiesta di dimissione da inviare all'ASP competente secondo il modulo **"Richiesta di dimissioni" (M116)**.

L'iter amministrativo si conclude con l'invio da parte dell' AS del CdR delle dimissioni alla ASP di residenza dell'assistito e alla ASP competente per territorio, accompagnate dalla richiesta di dimissioni da parte della famiglia, entro e non oltre i 5 giorni, come da convenzione.

All'atto delle dimissioni, in conformità al DA 890/02, il DMR deve fornire all'utente (o alla sua famiglia) le indicazioni opportune per favorire il sereno rientro del paziente nel proprio ambiente di vita, utilizzando il modulo **"Accompagnamento alla dimissione" (M113)**.

### 20 Ulteriori requisiti del DA 890/02

#### 20.1 Richiesta copia cartella clinica

È possibile richiedere la copia della cartella clinica dell'utente o una relazione sanitaria riassuntiva del quadro clinico sanitario riabilitativo. Tale richiesta deve essere formalizzata utilizzando l'apposito modulo **"Richiesta cartella" (M98)**.

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679, la richiesta della documentazione deve essere effettuata solo dall'interessato (utente o chi esercita la patria potestà) o dalle persone che lo stesso ha delegato nell'apposita sezione del Consenso Informato privacy. Il ritiro può essere eventualmente effettuato da un ulteriore delegato nell'apposita sezione del modulo **"Richiesta cartella" (M98)**.

I tempi di consegna sono di 15 giorni dalla richiesta.

#### 20.2 Rapporti con i Medici di Base Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta

I CdR devono mantenere stretti rapporti con i Medici di Base Medicina Generale e con i Pediatri di Libera scelta a cui gli Utenti afferiscono e che seguono lo stato di salute dell'utente stesso.

Le interlocuzioni con i Medici di base Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta sono i Medici di riferimento della Struttura all'interno della quale è ospitato l'Utente: spetta a questi ultimi, infatti, fornire le notizie circa l'andamento del trattamento riabilitativo, coinvolgendo, se necessario, i suddetti professionisti medici, nel PRI dell'Utente.

#### 20.3 Rapporti con le Strutture di assistenza e soccorso

I rapporti con le strutture di emergenza e di assistenza vengono gestiti dai Medici di riferimento delle varie strutture che hanno il compito di fornire le notizie essenziali per il trattamento di un eventuale ricovero, sia esso programmato o in urgenza.



All'atto dell'ingresso, il MRT deve compilare il modulo **"Scheda sanitaria" (M106)** (solo per il setting residenziale), contenente le informazioni di natura sanitaria da rendere disponibili in caso di eventuali interventi urgenti (patologie ricorrenti, terapie, allergie ecc..). Il modulo in oggetto deve essere aggiornato, contestualmente, al variare, dei dati indicati.

Il modulo **"Scheda sanitaria" (M106)** è custodito in infermeria, a cura del personale sanitario e deve essere verificato con periodicità almeno trimestrale dal MRT, per accertarsi che quanto indicato sia ancora valido e prontamente aggiornato.

Nel caso di ricoveri ospedalieri o visite specialistiche programmate, le comunicazioni sanitarie devono avvenire, compatibilmente con la situazione contingente, per iscritto, attraverso complete relazioni mediche.

#### ***20.4 Rapporti tra le Equipies (interne al Centro e all'azienda)***

Assumono carattere preferenziale i rapporti tra le Equipies interne al CdR e le Equipies degli altri CdR dell'ODA.

Le comunicazioni, devono essere formalizzate:

- in occasione di riunioni, attraverso la compilazione del verbale di riunione M52;
- attraverso i fogli di comunicazione M91;
- attraverso relazioni medico-sanitarie.

La comunicazione interna, inoltre, per quanto attiene specificatamente i rapporti con il paziente e caregiver, segue pure le indicazioni previste dalla procedura PGSQ13 "Valutazione della comunicazione con il paziente".

#### ***20.5 Continuità dell'assistenza***

L'ODA garantisce la continuità dell'assistenza anche in caso di eventi imprevisti di varia natura.

Per quanto riguarda gli eventi di natura non organizzativa si fa riferimento alla procedura **"Gestione delle emergenze"(PGSO06)** e al DVR secondo il D. Lgs n. 81/2008.

Per quanto riguarda gli eventi di natura organizzativa (es. assenza improvvisa e/o prolungata di personale), l'ODA mette a disposizione personale in sostituzione, garantendo all'utente la continuità del servizio.