FONDAZIONE SAN LORENZO Opera Pia Caritas – Onlus

COPIA CONTROLLATA REV. N. 01

LINEA GUIDA PER L'APPLICAZIONE DEL S.G.Q.

REVISIONI N° DATA REV. APPROV. DESCRIZIONE REVISIONI Rif. Rif. Rif. Rif. CAPITOLO PARAGR. PAGINA					
APPROV.	DESCRIZIONE	CAPITOLO	PARAGR.	Rif. PAGINA	
01/06/2022	1ª Emissione nuova ragione sociale e aggiornamento	Tutti	Tutti	Tutte	
17/01/2023	Aggiornamenti vari e implementazione processi affidati in a utsorcing	Tutti	Tutti	Tutte	
	01/06/2022	APPROV. DESCRIZIONE 01/06/2022 1ª Emissione nuova ragione sociale e aggiornamento 17/01/2023 Aggiornamenti vari e implementazione processi affidati in	APPROV. DESCRIZIONE CAPITOLO 01/06/2022 1ª Emissione nuova ragione sociale e aggiornamento Tutti 17/01/2023 Aggiornamenti vari e implementazione processi affidati in Tutti	APPROV. DESCRIZIONE CAPITOLO PARAGR. 01/06/2022 1ª Emissione nuova ragione sociale e aggiornamento Tutti Tutti Tutti Tutti	

Responsabile Emissione

Responsabile Approvazione

Firma R.G.Q.

data 17/01/2023

Firma Direzione

data 17/01/2023

1.PRESENTAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE	3
CARATTERISTICHE DEL SISTEMA GESTIONE QUALITA' Struttura della linea guida Revisioni	6 6 6
2.3. Distribuzione Controllata 2.4. Gestione delle informazioni documentate del SGQ 2.4.1. Procedure, protocolli e modulistica 2.4.2 Conservazione delle informazioni documentate	7 7 7
2.4.3 Informazioni documentate di origine esterna 2.4.4 Informazioni documentate di riferimento 2.5 Leadership	7 7 7 7
2.5.1 Politica per la qualità 2.5.2 Pianificazione 2.5.3 Responsabilità 2.5.4 Comunicazioni 2.5.5 Riesame	7 8 8 8 8
3. ESCLUSIONI	9
4. ORGANIGRAMMA E STRUTTURA ORGANIZZATIVA	9
5. APPROCCIO PER PROCESSI 5.1 Scopo 5.2 Applicabilità 5.3 Processi 5.3.1 Servizi alla persona 5.3.2 Servizi generali di tipo alberghiero 5.3.3 Gestione del personale, consapevolezza e competenza per la qualit 5.3.4 Fornitori di beni e servizi. 5.3.5 Progettazione dei servizi innovativi, ricerca e sviluppo 5.3.6 Qualità 5.3.7 Ambiente e sicurezza 5.3.8 Schema dei processi	9 9 10 10 10 2à. 12 13 13 14 16
6. AZIONI PER AFFRONTARE RISCHI ED OPPORTUNITA'	17
7. PROCESSI AFFIDATI IN OUTSORCING	18
8.ALLEGATI	19

1.PRESENTAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE

La "Fondazione San Lorenzo - Opera Pia Caritas"-Onlus nasce per volontà della fondatrice Parrocchia di S. Lorenzo Martire, la quale opera nel territorio della Diocesi, del Comune di Zogno e più in generale della Provincia di Bergamo.

Nella Bibbia la *longevità* è considerata come una benedizione di Dio, mentre spesso la società, dominata dalla logica dell'efficienza e del profitto, non l'accoglie come tale; anzi spesso la respinge, considerando gli anziani non produttivi. Anche la Comunità parrocchiale di Zogno ha sentito l'esigenza di tornare a situare la vecchiaia in un preciso disegno di Dio, che è amore, aiutando gli anziani più in difficoltà e soli. Questo anche attraverso la Fondazione di un nuovo ente a loro destinato, in cui valorizzare gli anziani come "memoria storica" delle generazioni più giovani, farli sentire amati e valorizzati, anche se sofferenti e non più autosufficienti.

La Fondazione intende offrire una serie di cure e di servizi perché gli anziani non si sentano inutili e di peso ma vivano la loro sofferenza come la possibilità d'incontro con il mistero di Dio e dell'uomo.

La Fondazione <u>non ha scopo di lucro</u> e persegue <u>fini di solidarietà sociale e di pubblica utilità</u> nei settori dell'<u>assistenza sociale e socio sanitaria</u> così come previsto dall'art. 10 del Decreto Legislativo 4 dicembre 1997, n. 460 e dall'art. 2 dello Statuto.

L'Ente Unico Fondazione San Lorenzo decorre ufficialmente dal 01/12/2021 ed è articolato in una sede legale (RSA di Zogno) ed una sede operativa secondaria (RSA Val Brembilla).

Per i dettagli circa le delibere di accreditamento, la capacità ricettiva delle strutture e le informazioni strutturali/organizzative di ciascuna Udo si rimanda alle rispettive carte dei servizi.

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE E STRUTTURA DIREZIONALE

L'ente Opera Pia Caritas, è stato sino al 30/11/2021 ramo ONLUS della Parrocchia San Lorenzo Martire in Zogno, dal 01/12/2021 per effetto di cessione ramo d'azienda da parte della Parrocchia, la natura giuridica dell'Ente è stata volturata a Fondazione San Lorenzo opera Pia Caritas (evasione protocollo 101285/2021 del 09/12/2021 registro imprese CCIAA).

Presidente del CDA e Legale Rappresentante della Fondazione è il Parroco pro-tempore della Parrocchia stessa (con decorrenza 12/01/2022 è avvenuta la variazione dell'incarico al nuovo Parroco di Zogno Bassanelli Don Mauro), fanno parte del CDA con carica di Consiglieri i Sig.: Minelli Adriano, Ceroni Diego Salvatore, Ruch Paolo Francesco Roberto, Pelis Don Simone, durata in carica prevista fino ad approvazione del bilancio al 31/12/2023.

La governance direzionale dell'Ente permane affidata alle figure previste dallo specifico organigramma: Procuratore del Legale rappresentante/Direttore – RRU/Responsabile Sanitario.

Dalla **Direzione** dipendono tutti i servizi amministrativi e generali, e la verifica del rispetto degli accordi contrattuali dei servizi esternalizzati (ristorazione, lavanderia, servizio infermieristico per integrazione organico, etc...).

La **Direzione Sanitaria** coordina tutti i servizi sanitari ed alberghieri. Nell'ambito della Direzione Sanitaria è stato istituito il ruolo di Coordinatore del servizio infermieristico/ausiliario assistenziale/generiche e pulizie, ricoperto da un'infermiera professionale con master in coordinamento, che si occupa della gestione del personale sottoposto.

I servizi erogati dalla Fondazione presso le due sedi delle RSA sono:

Servizio medico – garantisce l'assistenza medica di base e fornisce, senza oneri a carico dell'ospite, prestazioni specialistiche, indagini strumentali e di laboratorio (svolto da professionisti in regime di libera professione).

Servizio infermieristico – garantisce un'assistenza personalizzata attraverso la pianificazione degli interventi assistenziali; è assicurata la presenza di infermieri nell'arco delle 24 ore (svolto da personale dipendente, personale collaborante in regime di libera professione e dal 01/11/2022 da contratto di appalto con società COOPERATIVA SOCIALE SAN MARCO 2 per integrazione di personale infermieristico a copertura dell'organico insufficiente alle dipendenze dell'Ente).

Servizio ausiliario (svolto da personale OSS e ASA) – garantisce il soddisfacimento dei bisogni primari (alimentazione, mobilizzazione, igiene e protezione – svolto da personale alle dipendenze dell'Ente).

Servizio di fisioterapia – svolge l'attività riabilitativa con la consulenza anche del Medico Fisiatra. Offre prestazioni di rieducazione motoria, terapie fisiche e massoterapia. Il personale qualificato è coordinato presso entrambe le UDO da una Responsabile (Terapista della riabilitazione, il servizio viene svolto da personale dipendente e in regime di libera professione).

Servizio animazione – è svolto da personale dipendente (animatori sociali ed educatori professionali) e da numerosi Volontari; vengono organizzati momenti di intrattenimento collettivo ed interventi a piccoli gruppi tesi a contrastare il decadimento psicofisico attraverso una adeguata stimolazione cognitiva (laboratori di stimolo senso-relazionale condotti nella stanza multisensoriale).

Il servizio Volontariato provvede anche all'accompagnamento di Ospiti per visite mediche o per commissioni presso strutture esterne, utilizzando, quando possibile, i pulmini per il trasporto di soggetti disabili di proprietà dell'Ente. Il servizio/attività dei Volontari è stato sospeso durante la fase emergenziale Covid-19, i servizi sono in fase di graduale ripresa in base alle disposizioni normative e all'andamento epidemiologico dell'infezione).

In RSA è offerta la possibilità agli ospiti la possibilità di poter effettuare videochiamate con i loro congiunti, previo appuntamento con il personale addetto al servizio di animazione; questo servizio è stato potenziato ed ha rivestito fondamentale importanza durante le fasi più critiche dello stato di emergenza dovuto alla pandemia, le regolamentazioni relative alle uscite/visite degli Ospiti sono suscettibili di continue variazioni sulla base delle disposizioni/normative di settore ed insorgenza di focolai epidemici che si dovessero manifestare presso le RSA.

Tutti i precitati servizi afferenti alla Direzione Sanitaria sono collegialmente deputati alla valutazione dei bisogni, delle problematiche e delle attitudini degli Ospiti e concorrono alla stesura del PI-PAI previsto dalle norme gestionali.

Servizio di pulizia/sanificazione ambientale, svolto da personale dipendente dell'Ente che si occupa della detersione quotidiana e della sanificazione periodica degli ambienti. Durante il periodo legato alle fasi più critiche dell'emergenza Covid-19 il servizio è stato potenziato a garanzia di adeguati standard igienici (operazioni di pulizia/ripasso pluriquotidiane, intensificazione attività di risanamento ambientale camere Ospiti in isolamento e aree a maggior rischio di contaminazione).

Servizio ristorazione – è affidato a Sodexo Italia Spa, azienda certificata ISO 9001, che cucina espressamente i pasti nei locali adibiti all'interno delle Strutture. I menù vengono personalizzati in base alle esigenze nutrizionali degli Ospiti (servizio ristorazione/mensa di tipo self-service presso aree dedicate accessibile ad utenti esterni aventi diritto e familiari, sospeso per Covid-19).

Servizio di manutenzione – il servizio è svolto da personale interno ed in parte appaltato a società esterna (servizio di sostituzione in caso di assenza dell'operaio interno dipendente e rotazione periodica per copertura servizio di pronta disponibilità serale/notturna e festiva); si occupa di fornire un'adeguata manutenzione alle attrezzature/impianti in dotazione alla struttura e all'approvvigionamento dei materiali/presidi/derrate presso i nuclei/reparti di degenza.

Servizio di assistenza religiosa – è garantito dai Religiosi che operano nell'ambito delle Parrocchie e della Casa San Giuseppe che trova ospitabilità presso gli stabili della Fondazione (edificio B) mediante contratto di locazione sottoscritto dalla Parrocchia stessa in qualità di proprietaria degli stabili. La Santa Messa si celebra al mattino alle ore 9.00.

Presso le RSA è inoltre presente la camera ardente destinata al commiato dei defunti Ospiti delle strutture (possibilità di accoglienza della salma, accesso ai visitatori nel rispetto delle regole Covid-19).

Servizio ristoro – in apposita area, sono collocate macchine distributrici di bevande, calde e fredde, e di spuntini, a disposizione degli Ospiti e dei visitatori (servizio a pagamento).

Servizio lavanderia e guardaroba – offre un servizio di lavaggio, asciugatura e stiratura degli indumenti personali degli Ospiti e della biancheria piana (eseguiti prevalentemente all'esterno della struttura con consegna/ritiro previsto per n. 3 volte/settimana), servizio interno per alcune tipologie di biancheria (bavaglie, divise/calzature del personale, biancheria Ospiti ricovero temporaneo/cure intermedie).

Servizio Amministrativo – svolto da personale alle dipendenze dell'Ente, svolge anche servizio di informazione e di reception/portineria.

Servizi accessori a pagamento – Presso la RSA è possibile usufruire di alcuni servizi, non compresi nella retta, erogati da prestatori d'opera; in caso di utilizzo, l'onere è versato direttamente dall'Ospite o dalla famiglia ai soggetti erogatori:

• Barbiere e parrucchiere per uomo e per signora

Podologo

 Servizio di autoambulanza (escluse le prestazioni richieste al NUE 112 per urgenza o emergenza)

L'ÉQUIPE SOCIO - SANITARIA ASSISTENZIALE

La struttura è divisa funzionalmente in "nuclei" che accolgono tra i 15 e i 20 Ospiti. Ogni nucleo fa riferimento a un Medico al quale competono l'attività diagnostica (visite, richieste di accertamenti clinici e indagini strumentali), prescrizioni terapeutiche e/o per interventi riabilitativi. È inoltre compito del Medico di nucleo coordinare l'intera équipe assistenziale che coinvolge tutte le altre figure professionali presenti nella Struttura.

La Coordinatrice, organizza il lavoro del personale infermieristico/ausiliario/operai generici tiene i rapporti con tutti gli altri servizi di cui la RSA si avvale (cucina, pulizie, lavanderia/guardaroba, amministrativo, animazione, manutenzione). È la persona di

riferimento per le problematiche riguardanti gli aspetti socio-assistenziali degli ospiti.

Gli infermieri e il personale ausiliario-assistenziale lavorano insieme per garantire all'Ospite tutta l'assistenza di cui ha bisogno, finalizzata non solo a soddisfare i bisogni primari (alimentazione, igiene, mobilizzazione), ma anche alla conservazione e/o al recupero della massima autonomia funzionale e relazionale possibile (aspetto quest'ultimo di fondamentale importanza per il periodo storico vigente, e che tutti gli operatori hanno dimostrato perseguire e rafforzare, soprattutto durante i mesi più critici di lock-down).

In seguito all'internalizzazione del servizio pulizie ambientali è stata individuata presso entrambe le strutture una figura in qualità di referente, che coadiuva la Coordinatrice, per gli aspetti operativi/gestionali propri del servizio (turnazioni, redazione e attuazione del piano di lavoro e del programma di risanamento periodico, richieste approvvigionamento materiali,

ecc).

Tale approccio riabilitativo si compie anche, con la collaborazione dei Terapisti della riabilitazione che si avvalgono anche della consulenza di un Medico fisiatra.

L'assistenza medica in Struttura è garantita per tutte le 24 ore, in parte con fasce di presenza

attiva e in parte con il ricorso al servizio di reperibilità.

Le figure professionali che operano nella RSA sono rappresentate da: terapisti della riabilitazione e massofisioterapisti, educatrici professionali coadiuvate da animatrici, infermieri professionali e personale ausiliario con qualifica di Operatore Socio Sanitario o Ausiliario Socio Assistenziale.

Tutti gli operatori sanitari, ausiliari, operai e amministrativi, nonché i volontari e le badanti, sono identificabili tramite un cartellino identificato redatto secondo le disposizioni di Legge che riporta la foto, i dati anagrafici, la qualifica operativa e l'Ente di appartenenza.

Inoltre il personale addetto all'assistenza è riconoscibile attraverso le divise di colore differente:

- divisa bianca colletto rosso: coordinatore servizi infermieristico ausiliario assistenziale
- divisa bianca colletto verde: infermiere
- divisa bianca colletto giallo: terapisti della riabilitazione e massofisioterapisti
- divisa bianca colletto arancio: educatori/animatrici
- divisa azzurra: personale addetto all'assistenza dell'Ospite
- divisa bianca: personale medico
- pantalone bianco/t-shirt e/o pile bordeaux: personale addetto servizio pulizie.

La struttura si avvale anche della consulenza di liberi professionisti/società esterne specializzate: fisiatra, HTN servizio di telecardiologia, Medico Competente.

Importante e numerosa, risulta essere la presenza di Volontari, la cui attività è al momento in corso di ridefinizione relativamente alla recente cessazione dello stato di emergenza Covid-19, e gli ambiti organizzativi in cui è presente il servizio di volontariato sono i seguenti:

- 1. ANIMAZIONE
- 2. OSPITI A PASSEGGIO
- 3. ASSISTENZA DURANTE I PASTI
- 4. MANUTENZIONE CARROZZINE
- 5. SERVIZIO RELIGIOSO
- 6. TRASPORTO E ACCOMPAGNAMENTO PER VISITE SPECIALISTICHE:
- 7. REPERIMENTO OSPITI PER SERVIZIO DI FKT E PARRUCCHIERA;
- 8. COMMISSIONI VARIE presso enti esterni (ritiro tamponi, materiale in omaggio, ecc).

La Fondazione pone, inoltre, una particolare attenzione per la gestione del SGQ al controllo dei fornitori esternalizzati e dei fornitori di prodotti; a tale proposito, infatti, ha redatto un piano di qualità che consente di monitorare con periodicità prestabilite l'efficacia e l'efficienza del servizio erogato.

2. CARATTERISTICHE DEL SISTEMA GESTIONE QUALITA'

La presente Linea Guida **descrive**, **documenta**, **coordina ed integra** la struttura organizzativa, le responsabilità e tutte le attività che regolano l'istituzione, la gestione ed il funzionamento del Sistema Gestione Qualità della "Fondazione" comprendendo i rapporti con gli Utenti/Ospiti, i Fornitori, le Parti Interessate relativamente alla "Progettazione ed erogazione di servizi residenziali per anziani che perseguono finalità assistenziali o socio-sanitarie", allo scopo di:

- fornire le regole generali per l'erogazione del servizio;
- accrescere la soddisfazione degli Utenti e delle parti interessate tramite l'applicazione efficace del sistema stesso;
- migliorare in modo continuo il Sistema di Gestione Qualità,
- prevenire ed evitare il manifestarsi di non conformità,
- gestire, garantire e migliorare in modo continuo il livello della qualità del servizio erogato.

Il documento è voluto dalla Direzione quale strumento che consenta a tutto il personale, a tutti i livelli, di comprendere, attuare e sostenere i principi, gli impegni e gli obiettivi stabiliti nella Politica della Qualità. La linea guida è stata redatta in linea con la Norma UNI EN ISO 9001 (edizione 2015) e costituisce il riferimento permanente per l'applicazione e l'implementazione del Sistema Gestione Qualità, con lo scopo di rispettare la Norma di riferimento e di gestire il Sistema Gestione Qualità in modo efficiente ed efficace. Rappresenta il Sistema Gestione Qualità dell'Ente ed è vincolante per tutte le figure, società ed enti che a vario titolo concorrono alla realizzazione del servizio offerto.

Durante l'ormai lungo periodo legato alla gestione dell'emergenza sanitaria dovuta all'infezione Sars-Cov-2, ovvero da fine Febbraio 2020 a tutt'oggi, i processi e le attività svolte in RSA hanno, innumerevoli volte, necessitato di essere ridefinite, rimodulate e riprogettate sulla base dei vari DPCM e delle varie disposizioni emanate a cura degli organi competenti coinvolti (R.L., ATS, ISS, Ministero della Salute, ecc.), come risulta superfluo specificare, ciò ha comportato un aggravio in termini di carico lavorativo per tutti i Responsabili coinvolti e, di conseguenza, per tutte le risorse operanti in RSA. Per quanto riguarda il SGQ, l'alta Direzione di concerto con RGQ, ha stabilito di procedere gradualmente e secondo un ordine di priorità/utilità all'aggiornamento/integrazione della documentazione prevista del sistema stesso proprio in virtù del continuo mutamento/aggiornamento delle disposizioni in base all'evoluzione dello scenario epidemiologico. Si segnala tra l'altro che tutto l'impianto organizzativo/documentale è oggetto di completa rivisitazione/aggiornamento in seguito alla recente variazione della natura giuridica in FONDAZIONE SAN LORENZO OPERA PIA CARITAS – ONLUS e la riacquisizione alle dipendenze dirette del personale di diversi servizi, il processo di adeguamento sarà condotto mediante step graduali e presumibilmente sarà concluso entro la fine dell'anno 2023.

2.1 Struttura della linea guida

Questo documento è strutturato in capitoli così come specificato nel relativo indice del documento alla pagina 2.

2.2 Revisioni

Alla pagina 1 è presente la specifica sezione dalla quale è possibile rilevare lo stato delle revisioni del documento a partire dalla data della sua prima emissione fino alla revisione più aggiornata e quindi in vigore al momento.

Le richieste di modifica alla presente Linea Guida potranno pervenire da tutte le parti interessate e dovranno essere formulate su comunicazione scritta e indirizzate al Responsabile Gestione Qualità che provvederà ad analizzarle, unitamente alla Direzione e alla Funzione/figura richiedente la modifica. Se quest'ultima sarà giudicata realizzabile, sarà attuata.

Il Responsabile Gestione Qualità su espresso mandato e autorizzazione della Direzione è l'unica figura autorizzata ad apportare modifiche o aggiornamenti al presente documento.

2.3. Distribuzione Controllata

La distribuzione di questo documento avviene esclusivamente in forma controllata, ed è gestita dal Responsabile Gestione Qualità, mediante un'apposita **Lista di Distribuzione** che permette di essere sempre a conoscenza delle copie distribuite e dei relativi destinatari. Inoltre consente di assicurare che i destinatari dispongano sempre di copie aggiornate all'ultima revisione.

2.4. Gestione delle informazioni documentate del SGQ

Il sistema di gestione per la qualità include:

- la politica della qualità
- le carte dei servizi delle RSA
- la presente linea guida del sistema gestione qualità
- le procedure con la descrizione dei singoli processi, dei compiti connessi ad ogni attività e delle responsabilità
- i protocolli, le linee guida e le istruzioni operative, che descrivono dettagliatamente alcune attività particolari
- i documenti di registrazione delle attività pianificate ed effettuate
- i documenti di supporto
- le informazioni documentate di origine esterna

Il Responsabile qualità ha il compito di garantire la presenza e la correttezza delle informazioni documentate.

2.4.1. Procedure, protocolli e modulistica

Sono documenti emessi per competenza dai Responsabili di funzione nel settore specifico di loro pertinenza e descrivono rispettivamente il dettaglio dell'attività svolta, delle responsabilità e delle interfacce, il dettaglio tecnico di ogni singola operazione, i parametri da rispettare, i risultati da registrare nelle varie fasi dell'attività specifica ed i moduli ove registrare tali risultati.

2.4.2 Conservazione delle informazioni documentate

Le modalità di conservazione delle informazioni documentate sono definite all'interno delle procedure e possono essere effettuate su moduli predefiniti, con l'ausilio di software gestionali, su registri appositi o su altri supporti descritti nelle procedure di riferimento.

2.4.3 Informazioni documentate di origine esterna

Le informazioni documentate di origine esterna che possono avere influenza sui servizi offerti o sulla pianificazione delle attività delle RSA sono le seguenti:

- Informazioni documentate di proprietà del cliente e delle parti interessate
- Norme e Leggi
- Contratti di lavoro e regolamenti
- DPCM e tutti gli atti di indirizzo relativi alla gestione dell'Emergenza Covid-19

2.4.4 Informazioni documentate di riferimento

Le modalità di redazione, diffusione, aggiornamento, archiviazione ed eliminazione delle informazioni documentate sono descritte nella P01 Gestione della documentazione a cui si fa specifico riferimento per ogni dettaglio.

2.5 Leadership

2.5.1 Politica per la qualità

La Politica per la qualità della Fondazione rappresenta il punto di partenza per il sistema di gestione per la qualità. In essa sono contenuti:

- l'impegno al miglioramento continuo dei servizi resi;
- gli obiettivi generali e la mission dell'Ente.

2.5.2 Pianificazione

A partire dagli obiettivi primari fissati dalla Direzione all'interno della Politica per la qualità, i responsabili di funzione propongono obiettivi misurabili per ogni processo.

Il responsabile qualità raccoglie i dati in arrivo dai diversi settori delle RSA e controlla che gli obiettivi vengano raggiunti.

La Direzione provvede, in sede di riesame, a pianificare le attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi.

La Direzione deve fare un'analisi attenta dei rischi e delle opportunità che gravitano nel contesto in cui la Fondazione si trova e si sviluppa, individuare i rischi che possono emergere in relazione ai Servizi che offre, individuare i processi coinvolti e pianificare le azioni da intraprendere per affrontare rischi ed opportunità, al fine di ridurre o contenere possibili effetti indesiderati e intraprendere azioni mirate valutandone costantemente l'efficacia.

2.5.3 Responsabilità

All'interno delle RSA sono state definite le responsabilità per tutti i settori di attività, come descritto negli organigrammi nominativi contenuti e visionabili nelle rispettive carte ei servizi. I compiti dei Responsabili e delle figure professionali gestite direttamente dalla RSA sono stabiliti nei contratti di lavoro, nelle lettere di incarico e nelle schede di funzione previste dal sistema.

Il RGQ ha la responsabilità, l'autorità e la libertà organizzativa per identificare eventuali deviazioni del sistema e per proporre i relativi rimedi.

Ha il compito di:

- istituire, applicare e mantenere attivo un sistema per la qualità conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015, in collaborazione con tutte le altre figure/funzioni delle RSA;
- riferire alla Direzione sull'andamento del sistema per la qualità adottato e su ogni esigenza di miglioramento necessaria;
- rappresentare l'Ente in occasione delle verifiche ispettive da parte dell'ente certificatore.

2.5.4 Comunicazioni

La Fondazione si impegna a garantire l'efficienza dei flussi di comunicazione, al fine di assicurare il coinvolgimento, la motivazione e l'aumento del senso di appartenenza delle proprie risorse e delle parti interessate, attraverso i seguenti strumenti:

- avvisi, informative, memo, comunicazioni scritte interne ed esterne, trasmesse via mail o posta o attraverso strumenti informatici (software, sito internet, ecc.), al personale, fornitori, collaboratori esterni, ecc.
- incontri con il CDA, l'alta direzione e i membri dell'O.d.V.
- verbalizzazione riunioni (es. incontri sindacali, riunioni di coordinamento, sopralluoghi del DPO ecc.);
- affissione di comunicazioni e avvisi per gli utenti e familiari in bacheca e negli spazi dedicati dei reparti;

2.5.5 Riesame

Alla Direzione è assegnato il compito di verificare efficacia ed efficienza del Sistema di Gestione per la Qualità.

La Direzione periodicamente, una volta l'anno effettua il "Riesame della Direzione" al fine di assicurare che il Sistema di Gestione per la Qualità sia idoneo, adeguato ed efficace nel tempo.

La Direzione, con la collaborazione attiva e costante dell'RGQ, prende in considerazione ed esamina precisamente:

- Lo stato delle attività, dei risultati e delle proposte di miglioramento stabilite nei verbali di riesame precedenti;
- L'andamento dei Servizi offerti;
- L'andamento degli obiettivi;

- I risultati degli audit interni (verifiche ispettive) ed esterni (ispezioni ATS, audit annuale dell'Ente certificatore, etc.);
- I dati sulla soddisfazione degli utenti dei servizi (Ospiti e familiari), dei collaboratori e dei volontari;
- Analisi dei reclami:
- Situazione delle Non conformità, azioni correttive/preventive/miglioramento;
- L'andamento del personale ed eventuali problematiche insorte;
- La necessità di formazione per il personale e la formazione effettuata durante l'anno;
- Il fabbisogno di eventuali nuove risorse:
- L'aggiornamento dei documenti di rilevante importanza (DVR, Politica della Qualità, Carta dei servizi, etc.);
- La previsione di nuovi investimenti e le variazioni organizzative intercorse nell'anno di riferimento;
- Lo stato di applicazione dei requisiti cogenti (Privacy, Sicurezza, 231, 241 etc.)
- La valutazione dei fornitori con particolare riferimento alla situazione relativa ai Fornitori critici:
- L'analisi dei risultati degli indicatori stabiliti e ritenuti rilevanti ai fini della qualità;
- Eventuali novità/aggiornamenti normativi:
- Eventuali modifiche che possono comportare effetti sul Sistema di Gestione per la Qualità e le proposte per il futuro.

Sulla base del riesame effettuato, la Direzione può proporre delle azioni di miglioramento o prendere decisioni sulla base delle informazioni/output ricavati e può procedere all'aggiornamento degli obiettivi. Il riesame e le seguenti proposte di miglioramento sono fondamentali per la redazione del Piano di Miglioramento per l'anno successivo.

3. ESCLUSIONI

Il Sistema di Gestione Qualità della Fondazione risponde a tutti i requisiti della Norma UNI EN ISO 9001 (edizione 2015), in quanto la natura dell'organizzazione ed il Servizio realizzato risultano applicabili a tutti i requisiti Normativi. La RSA applica i requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2015 per l'erogazione dei propri processi e si impegna ad applicarli a tutti gli eventuali servizi/processi che saranno aggiunti/implementati in futuro.

4. ORGANIGRAMMA E STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Negli specifici organigrammi allegati alle carte dei servizi ed esposti presso le bacheche all'ingresso delle RSA è descritta la struttura organizzativa con i legami che intercorrono tra le varie funzioni gerarchiche.

5. APPROCCIO PER PROCESSI

5.1 Scopo

Attraverso l'adozione del metodo che prevede l'approccio per processi è possibile definire la pianificazione di tutte le attività e le relative responsabilità nello svolgimento del **ciclo** di Realizzazione del Servizio Socio-Sanitario a partire dall'assegnazione dell'incarico sino a giungere alla fine del servizio stesso ivi inclusi i controlli, le rispettive competenze, le metodologie applicative ed i relativi documenti, le attività e le responsabilità in modo da garantire la Qualità del servizio stesso in tutte le fasi di erogazione.

5.2 Applicabilità

La Direzione ha così definito i sotto-processi necessari alla corretta esecuzione del processo per l'erogazione del Servizio:

- Accoglienza
- Pianificazione delle terapie e degli interventi necessari
- Erogazione del servizio e degli interventi collegati o straordinari
- Chiusura del servizio

Le **attività**, quindi, definite e gestite dalla presente informazione documentata si applicano ai seguenti servizi verso il Cliente/Utente:

Amministrativo

- Sociale
- Socio-Assistenziale
- Medico
- Infermieristico
- Riabilitativo
- Alberghiero

Controllo ed Autocontrollo

Il rispetto delle modalità definite, delle disposizioni vigenti, delle rispettive responsabilità ed un adeguato livello di conoscenza, consapevolezza e competenza, assicurano la qualità del servizio in ogni sua fase. La Qualità del servizio viene quindi perseguita in autocontrollo e, per selezionate attività, con relative attività di controllo.

Il sistema di autocontrollo consiste nella verifica della conformità delle attività effettuate rispetto a quanto pianificato direttamente dagli addetti.

L'autocontrollo rappresenta la capacità del sistema di autoregolarsi, prevenendo/eliminando autonomamente ed efficacemente le eventuali cause di Non Conformità ed anomalie del processo e/o del servizio, senza interventi provenienti dall'esterno.

L'autocontrollo, correttamente applicato e gestito, deve produrre i seguenti effetti:

- sensibilizzare il personale alla Qualità;
- minimizzare le Non Conformità:
- impedire la persistenza di Non Conformità;
- fornire informazioni per risolvere le cause sistematiche di Non Conformità:
- permettere l'intervento immediato sulla base delle informazioni rilevate;
- fornire dati al Sistema di Gestione per la verifica e l'analisi del processo/servizio.

5.3 Processi

I processi principali che caratterizzano l'attività delle RSA sono i seguenti:

- Servizi alla persona
- Servizi generali
- Gestione del personale
- Acquisti
- Progettazione e sviluppo
- Qualità
- Ambiente e Sicurezza
- Gestione amministrativa

5.3.1 Servizi alla persona

Il macroprocesso "Servizi alla persona" contiene le attività relative all'accoglienza del cliente e all'erogazione dei servizi di assistenza socio sanitaria in R.S.A.. Per ogni dettaglio si fa riferimento alle specifiche procedure P05 e P08.

5.3.2 Servizi generali di tipo alberghiero

La corretta esecuzione/erogazione del servizio socio assistenziale fornito dalle RSA comprende anche i processi di gestione dei servizi generali/alberghieri tra cui rientrano:

- Il servizio di ristorazione
- Il servizio pulizie e sanificazione ambientale
- Il servizio di lavanderia e guardaroba
- I servizi di manutenzione attrezzature, impianti; gestione delle aree/fabbricati e spazi esterni
- Il servizio di approvvigionamento e gestione del magazzino

Servizio ristorazione

Il servizio consiste nella preparazione, conservazione e distribuzione dei pasti quotidiani per gli Ospiti degenti presso le RSA e gli eventuali utenti che accedono al servizio mensa attivo presso gli appositi locali adibiti (servizio tutt'ora sospeso per emergenza Covid-19).

Inoltre presso le cucine delle strutture vengono preparati e confezionati anche i pasti, che per mezzo di apposite convenzioni stipulate tra la società che ha in appalto il servizio e i Comuni di Zogno/Val Brembilla, vengono trasportati e consegnati all'esterno.

L'appaltatore del servizio è tenuto ed è responsabile del rispetto di tutte le norme in materia di igiene degli alimenti.

Il menù è studiato appositamente per rispettare le necessità e i gusti degli Ospiti delle RSA, viene rivisto e variato ad intervalli periodici ed è sottoposto all'approvazione del Responsabile Sanitario.

La qualità e quantità dei pasti forniti viene sistematicamente controllata dalla Direzione Sanitaria e dal personale sanitario-assistenziale addetto alla distribuzione/porzionatura.

Per il corrente anno è prevista l'attuazione uno specifico progetto per migliorare l'aspetto dell'alimentazione per gli Ospiti disfagici. Per ogni dettaglio si fa riferimento al contratto di appalto e allo specifico capitolato previsto per l'affidamento del servizio.

Servizio pulizie generali e attività di sanificazione/risanamento

Ha lo scopo di mantenere all'interno delle strutture uno standard igienico elevato quotidiano e una programmazione periodica delle attività di pulizia approfondite e specifiche previste per la sanificazione e il risanamento degli ambienti.

Il servizio è stato recentemente internalizzato dalla Fondazione (con decorrenza 01/02/2022) con gestione a proprio carico e assunzione diretta del personale alle proprie dipendenze.

Il Responsabile Sanitario, le Coordinatrici e il personale sanitario assistenziale verificano quotidianamente che lo standard igienico sia appropriato e adeguatamente mantenuto, (soprattutto in funzione delle criticità legate all'emergenza Covid-19 dove gli aspetti igienici legati alle misure di contenimento/prevenzione del contagio, hanno assunto un'importanza ancora più fondamentale e rilevante), infatti presso le nostre RSA sono state potenziate e ridefinite ad hoc precise modalità di pulizia e sanificazione degli ambienti. Presso entrambe le RSA sono state individuate due figure "referenti" che coadiuvano con le Coordinatrici nella gestione operativa del "processo".

Servizio lavanderia e guardaroba

Presso le RSA è attivo un servizio di lavanderia e guardaroba esternalizzato, ovvero conferito in appalto al fornitore che gestisce anche il servizio di ristorazione, che si occupa del lavaggio e approvvigionamento della biancheria piana e della biancheria personale degli Ospiti degenti presso le R.S.A..

La biancheria piana è gestita in modalità lava-nolo tramite sub-appalto a società esterna leader nel settore, il ritiro dello sporco e la consegna del pulito avviene tre volte alla settimana.

Dall'anno 2018, è variata la modalità di gestione delle attività riguardanti la biancheria personale degli Ospiti degenti in ricovero permanente, in quanto anch'essa viene inviata all'esterno (gestita internamente quella degli ospiti in ricovero temporaneo/cure intermedie), come per la biancheria da camera il ritiro dello sporco e la consegna del pulito avviene tre volte/sett.

L'innovativo sistema che prevede la chippatura di tutto il corredo personale degli Ospiti ha determinato una riduzione del personale interno necessario per la gestione dei servizi e occupato presso i locali lavanderia/guardaroba delle RSA, in quanto le attività gestite internamente si sono notevolmente ridotte (lavaggio divise e calzature del personale, lavaggio bavaglie e salviette viso, lavaggio indumenti personali Ospiti accolti in regime temporaneo).

Manutenzione attrezzature e impianti, gestione delle aree/fabbricati e spazi esterni

Impianti e attrezzature, così come gli stabili e le aree esterne della RSA sono sottoposti a manutenzione periodica e/o cura/tenuta al fine di essere mantenuti costantemente efficienti e contribuire a fornire un servizio di qualità rispondente ai requisiti di legge e alle aspettative delle parti interessate. Le manutenzioni si dividono in:

- manutenzioni semplici e di routine, effettuate internamente dal manutentore/I delle RSA;
- manutenzioni particolari e specifiche effettuate da aziende esterne specializzate.

Il personale della RSA che si occupa della manutenzione interna in linea di massima (quando possibile in base alla programmazione delle attività) provvede anche a monitorare, coordinare e seguire gli interventi tecnici effettuati dalle aziende/società esterne specializzate.

Da Novembre 2019 il servizio di manutenzione interna è stato ridefinito con l'impiego di n. 1 sola figura professionale che ruota su entrambe le strutture secondo un calendario di presenza alternata, per supplire alle assenze programmate e non del manutentore, e per garantire una copertura "non esclusiva" ma a rotazione periodica del servizio di reperibilità notturna e festiva, è stato predisposto dall'anno 2020 apposito contratto per la regolamentazione del servizio con la società esterna R.G. impianti elettrici.

Al fine di garantire il costante funzionamento di particolari impianti/attrezzature, con scadenze e periodicità prestabilite il manutentore interno effettua i controlli previsti per l'autovalutazione del corretto funzionamento delle stesse, dando evidenza della verifica effettuata negli appositi documenti di registrazione delle attività.

Magazzini/Farmacia

I prodotti acquistati, dopo aver superato i controlli in ingresso, vengono portati/depositati nei magazzini dedicati o nei locali specifici dove è previsto l'uso e conservati in modo idoneo e conforme alle norme vigenti. I magazzini sono divisi per tipologia di prodotti.

I magazzini e le dispense del servizio cucina/ristorazione sono gestiti secondo le procedure di corretta

prassi igienica definite dal manuale HACCP del fornitore appaltatore dello specifico servizio.

Nei restanti magazzini (ausili per incontinenza, prodotti per igiene, prodotti per pulizia, divise del personale, ecc) e nella farmacia (per farmaci e presidi sanitari) il raggiungimento della scorta minima definita è controllata dal personale incaricato della RSA. In caso di necessità di un acquisto viene rispettato quanto definito dalla specifica procedura che regolamenta gli approvvigionamenti.

Durante il periodo emergenziale legato alla pandemia sono state definite precise modalità di accesso alla

RSA.

Strumenti di controllo

La struttura garantisce che le apparecchiature utilizzate dalle strutture mantengano nel tempo le caratteristiche definite dal fabbricante attraverso l'effettuazione di controlli periodici delle prestazioni ed interventi di manutenzione adeguati. Tutte le apparecchiature utilizzate che hanno influenza sulla qualità del servizio sono gestite in maniera controllata.

Le attività previste sono:

- identificazione dove necessario
- pianificazione della manutenzione
- esecuzione e registrazione della manutenzione
- pianificazione delle tarature
- esecuzione e registrazione delle tarature

5.3.3 Gestione del personale, consapevolezza e competenza per la qualità.

La Direzione, attraverso la consulenza specifica del Direttore che riveste anche incarico di Responsabile Risorse Umane, ha la responsabilità di stabilire, sulla base degli standard gestionali definiti dalla Regione Lombardia e delle esigenze interne, le necessità di dotazione di personale, in caso di necessità stabilisce e definisce l'implementazione delle risorse umane, stabilisce i requisiti minimi e le competenze auspicabili delle stesse per la funzione che devono ricoprire, effettua le selezioni e determina tutti gli aspetti correlati all'assunzione (durata, tipologia del contratto di lavoro, qualifica, retribuzione, ecc).

Attraverso le verifiche ispettive interne, colloqui periodici e questionari istituiti ad hoc, l'RGQ con la collaborazione dei responsabili di servizio, valuta la competenza e la consapevolezza del personale in

merito agli aspetti specifici della mansione svolta e della qualità.

Sulla base dei risultati raccolti vengono stabilite le priorità e le necessità di effettuare corsi di formazione, aggiornamento ed addestramento del personale riguardanti gli aspetti critici riscontrati.

I Responsabili di servizio si occupano anche di verificare l'efficacia dei corsi di formazione/aggiornamento organizzati.

5.3.4 Fornitori di beni e servizi.

Il processo in questione definisce le modalità di gestione e monitoraggio per l'andamento dei fornitori di beni e servizi che possono influenzare la capacità delle RSA di erogare servizi conformi ai requisiti della normativa di riferimento per la qualità, definisce inoltre adeguate modalità per la gestione degli acquisti a seguito di necessità rilevate dall'analisi dei propri processi.

Il Responsabile acquisti raccoglie le informazioni sui fornitori di un determinato bene o servizio di cui la RSA ha bisogno, valuta preventivamente degli specifici aspetti/requisiti e se la valutazione ha dato esito positivo, viene inserito nell'elenco dei fornitori e viene definito l'ordine d'acquisto o il contratto per la gestione del servizio previsto.

Periodicamente, come previsto dallo specifico piano di qualità, i responsabili ivi identificati, ciascuno per gli aspetti di competenza, valutano la rispondenza e l'adeguatezza del servizio offerto e, in caso di difformità lo segnalano al RGQ attraverso l'apertura della NC e l'adozione delle misure correttive

necessarie, in taluni casi per reiterazione e insoddisfazione del servizio fornito, La Direzione può stabilire variazioni contrattuali o definire l'inadeguatezza del fornitore e provvedere alla sua sostituzione.

Particolare attenzione viene posta nella gestione di quei fornitori che offrono servizi e beni in grado di impattare sulla qualità del servizio erogato. Per ogni dettaglio si fa riferimento alla specifica procedura e alla documentazione ad essa correlata. Durante il periodo di gestione dell'emergenza Covid-19 in particolari situazioni es. indisponibilità e difficoltà di approvvigionamento/reperimento di materiale sanitario e DPI (es. mascherine, guanti, visiere/guanti protettivi, gel disinfettante e prodotti sanificanti a base di cloro o alcool) sono stati individuati fornitori alternativi estemporanei per i quali non è stato possibile effettuare anzitempo l'iter di valutazione previsto dalle procedure.

5.3.5 Progettazione dei servizi innovativi, ricerca e sviluppo

Il processo progettazione servizi innovativi, di ricerca e sviluppo viene attivato quando la Direzione stabilisce che è necessario offrire un nuovo servizio oppure quando il servizio è già esistente ma ha bisogno di essere rivisitato e implementato al fine di perseguire sostanziali obiettivi di miglioramento per l'erogazione dei servizi offerti nei confronti dell'utenza e delle parti interessate.

La Direzione gestisce ogni necessità di sviluppo di nuovi servizi, coinvolgendo i responsabili di funzione interessati dal progetto e raccogliendo tutta la documentazione necessaria al fine di valutare l'effettiva fattibilità del progetto medesimo.

La pianificazione e l'analisi viene effettuata come previsto dall'apposita procedura, a cui si rimanda per ogni dettaglio.

5.3.6 Qualità

Il processo si occupa di raccogliere tutte le informazioni in uscita dagli altri processi per permettere alla Direzione e all'RGQ di gestire le esigenze di miglioramento della struttura, in accordo con quanto stabilito dalla Politica per la qualità e dagli obiettivi interni.

Soddisfazione del cliente

La Direzione, consapevole dell'importanza delle informazioni derivanti dalla valutazione del grado di soddisfazione del Cliente e delle parti interessate nei confronti delle prestazioni fornite, ha definito appositi questionari di indagine.

La misurazione del grado di soddisfazione dei servizi è periodicamente effettuata, a seconda dei casi:

- nei confronti degli Ospiti e dei familiari, mediante la somministrazione di un Questionario di gradimento distribuito normalmente una volta l'anno; e ogni qual volta sia ritenuto necessario esporre delle lamentele/apprezzamenti mediante la compilazione dell'apposita scheda osservazioni;
- nei confronti dei collaboratori e volontari mediante la somministrazione di un questionario di gradimento per la rilevazione del grado di soddisfazione, che viene distribuito mediamente una volta all'anno. Resta inteso che in caso si manifesti la necessità di esporre segnalazioni, è possibile rivolgersi in qualsiasi momento ai propri responsabili di servizio o direttamente alla Direzione.

I risultati delle indagini sono raccolti ed elaborati dal RGQ e presentati alla Direzione, per effettuare le specifiche analisi e intraprendere azioni necessarie, in quanto misura dell'efficienza del servizio erogato e base per la ridefinizione degli input e degli output per il miglioramento continuo, inoltre i risultati sono condivisi con i Responsabili dei servizi e con il comitato dei Parenti/Ospiti in occasione delle riunioni dedicate organizzate, inoltre i risultati vengono trasmessi anche all'ATS di Bergamo in quanto la rilevazione della customer satisfaction rientra tra i requisiti di accreditamento inscindibili delle strutture socio-sanitarie.

Per l'anno 2020/2021, a causa dell'emergenza Covid-19 e del divieto di accesso alla RSA non è stato possibile somministrare i questionari di gradimento periodici annuali previsti dal SGQ.

Per l' anno (2022), come previsto dalle DGR regionali di riferimento, è stato predisposto ad hoc a cura della Direzione e inviato nel corso del mese di Marzo ai familiari referenti degli Ospiti un questionario anonimo finalizzato all'espressione di un giudizio circa le soluzioni adottate dalla struttura per gli ingressi di visitatori/familiari e le uscite programmate degli Ospiti, e altri quesiti generali al fine di promuovere la segnalazione di eventuali suggerimenti organizzativi e rinsaldare la fiducia degli utenti con le Udo residenziali dopo il lungo periodo di restrizioni dovute alla pandemia.

Per il corrente anno 2023, l'indagine riprenderà regolarmente come da consuetudine per tutte le parti interessate Familiari, Ospiti, Collaboratori, Volontari,

E' obiettivo della Direzione Amministrativa e della Direzione Sanitaria di concerto con l'RGQ rivedere il format e gli indicatori/quesiti proposti all'utenza, la somministrazione sarà proposta e pianificata nel corso dell'ultimo trimestre dell'anno 2023.

Audit interni

Periodicamente l'RGQ di concerto con il Responsabile Sanitario e con tutte le funzioni interessate si occupa di effettuare gli audit interni, secondo la programmazione specifica stilata a inizio anno.

L'RGQ attraverso le verifiche ispettive interne verifica e analizza lo stato di appropriatezza del sistema di gestione per la qualità, raccoglie le osservazioni/non conformità rilevate durante le verifiche stesse e relaziona alla Direzione al fine di individuare e stabilire le eventuali misure correttive e di miglioramento necessarie alla risoluzione di quanto riscontrato.

Monitoraggio, misurazione analisi e valutazione

I servizi offerti dalle RSA sono tutti controllati attraverso l'applicazione delle procedure e l'effettuazione delle registrazioni previste per ciascun processo.

L'organizzazione della RSA per lo svolgimento delle attività di monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione, ha individuato e predisposto le risorse necessarie, sia umane che infrastrutturali, al fine di garantire risultati validi e affidabili.

Per il corrente anno, a causa dell'immane lavoro di adeguamento in seguito alla voltura giuridica dell'Ente e della riorganizzazione dei servizi reinternalizzati recentemente, le attività saranno ripianificate secondo apposito piano programma definito dalla Direzione.

Tenuta sotto controllo degli output non conformi

Le attività intraprese per l'esame ed il trattamento delle Non Conformità hanno i seguenti obiettivi:

- prendere decisioni sistematiche in merito a situazioni Non Conformi;
- possedere una opportuna raccolta di dati da cui trarre tutte le informazioni necessarie ad evitare il ripetersi delle Non Conformità.

Sono state definite le responsabilità per l'analisi e la risoluzione delle Non Conformità riscontrate e sono stati predisposti appositi strumenti per la rilevazione e la registrazione delle Non Conformità.

Analisi dei dati e indicatori

Il RGQ raccoglie ed analizza i dati per stabilire l'adeguatezza e l'efficacia dei sistemi di gestione per la qualità e per valutare dove possono essere apportati interventi di miglioramento.

L'analisi dei dati fornisce informazioni in merito a:

- non conformità
- soddisfazione del Cliente
- dati statistici sull'andamento dei servizi
- fornitori

L'analisi dei risultati viene inserita negli elementi in input al riesame da parte della Direzione.

Miglioramento

Le azioni correttive vengono pianificate all'interno dell'organizzazione per eliminare le cause di non conformità evidenziate in seguito a:

- audit interni,
- audit esterni,
- riesame della direzione,
- rapporti di non conformità e reclami.

Il responsabile qualità gestisce le azioni correttive, definendo le attività, i tempi, e le responsabilità per la loro attuazione; ne verifica l'efficacia e archivia la documentazione inerente.

5.3.7 Ambiente e sicurezza

La Direzione si occupa di controllare che le infrastrutture e l'ambiente per il funzionamento dei processi siano adeguati al servizio che deve essere erogato.

La struttura, gli impianti, le attrezzature sono regolarmente sottoposte a manutenzione e mantenuti in efficienza.

L'ambiente per il funzionamento dei processi rispetta i requisiti strutturali richiesti dalla Regione Lombardia; in caso di necessità interne di miglioramento o di nuovi requisiti normativi la Direzione valuta l'ipotesi di attivare il processo per la definizione dei progetti innovativi e nuove aree di sviluppo (es. nuovi servizi).

Il Datore di Lavoro ha nominato il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione con il compito specifico di coadiuvarlo nel tenere sotto controllo i rischi lavorativi in ambito delle disposizioni di legge per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro e quale coordinatore dei compiti e delle funzioni previste per il servizio di prevenzione e protezione aziendale. Periodicamente il Documento di Valutazione dei Rischi viene rivisto, aggiornato e implementato con le valutazioni tecniche specifiche necessarie, come stabilito nel programma delle misure di adeguamento e miglioramento indicate nel medesimo documento e a cui si rimanda per ogni dettaglio.

Una volta all'anno il Datore di lavoro, il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, il Medico Competente e il Rappresentante dei Lavoratori si riuniscono per stabilire le esigenze di miglioramento relative alla sicurezza degli ambienti di lavoro.

Dall'anno 2021 l'incarico di Medico Competente è stato affidato al Dr. Papageorgiou Costantino.

In riferimento agli obblighi previsti dall'art. 37 del Regolamento (UE) GDPR 2016/679 l'Ente ha provveduto a designare il Responsabile della protezione dei dati personali (anche conosciuto con la dizione in lingua inglese Data Protection Officer – DPO) che ha il compito di assolvere a funzioni di supporto e controllo, consultive, formative e informative relativamente all'applicazione del Regolamento 2016/679, cooperare con l'Autorità ed è la persona di riferimento per gli interessati (ospiti, care-giver, etc) per questioni connesse al trattamento dei dati personali.

La RSA, ritenendo di primaria importanza la tutela dei dati personali degli interessati, ha designato TQSI Servizi Integrati Srl Responsabile della protezione dei dati (DPO) nella figura del Dott. Ing. Carlo Ghilardi, contattabile per mezzo del seguente indirizzo mail mail dpo@tqsi.it.

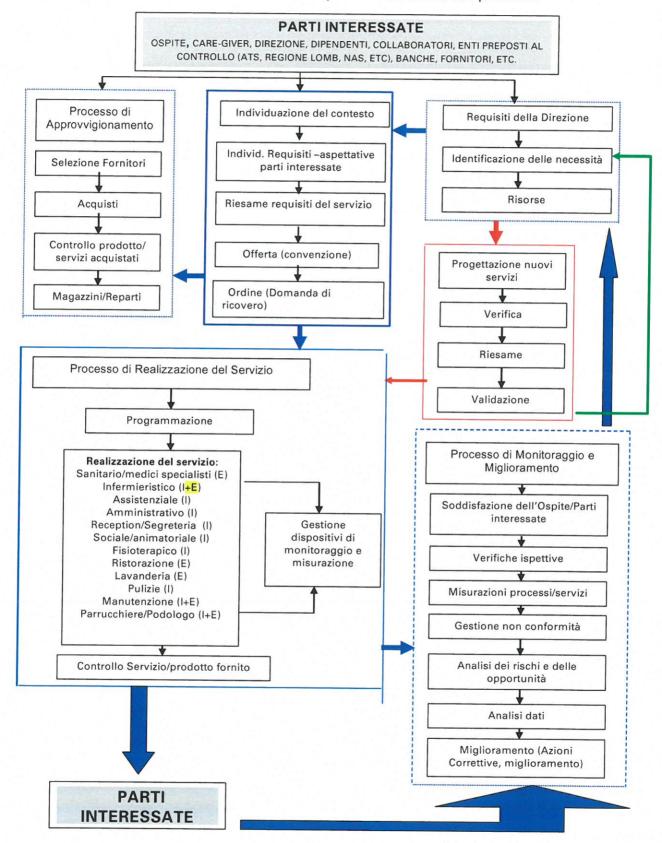
Per quanto riguarda la tutela dei Reati ambientali, ai sensi del D. Lgs 231/2001, la Fondazione è soggetta alla tenuta dei registri per lo smaltimento dei rifiuti speciali pericolosi (rifiuti sanitari potenzialmente infetti), per la gestione degli aspetti derivanti dall'obbligo normativo e per la movimentazione/smaltimento degli stessi, l'organizzazione ha stipulato e sottoscritto un contratto specifico con una società regolarmente iscritta nell'Albo dei Gestori di Rifiuti, per la gestione dei servizi di ritiro, trasporto e smaltimento di rifiuti speciali pericolosi e non pericolosi (farmaci scaduti).

Per quanto riguarda gli altri tipi di rifiuti urbani, le RSA hanno recepito e adottato quanto previsto dai rispettivi regolamenti comunali per la gestione e il ritiro dei rifiuti in ottemperanza alle disposizioni circa la differenziazione degli stessi.

Il MOG ed il Codice Etico saranno oggetto di valutazione ed aggiornamento da parte dell'OdV.

5.3.8 Schema dei processi

Di seguito è proposto uno schema a blocchi che riporta le interazioni fra i processi.



6. AZIONI PER AFFRONTARE RISCHI ED OPPORTUNITA'

UNI EN ISO 9001:15

P.TO 4.1

ANALISI DEL "CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIO NE" UNI EN ISO 9001:15

P.TO 4.2

ANALISI
"ESIGENZE ED
ASPETTATIVE
DELLE PARTI
INTERESSATE"

UNI EN ISO 9001:15

P.TO 4.3

"CAMPO APPLICAZIONE DEL SISTEMA QUALITA" UNI EN ISO 9001:15

P.TO 4.4

"SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA' ED ANALISI DEI RELATIVI PROCESSI"

FILTRO/SETACCIO (PROCESSO)

UNI EN ISO 9001:15 (P.TO 6.1)

RISCHI CHE E' NECESSARIO AFFRONTARE PER:

-FORNIRE ASSICURAZIONE CHE IL S.G.Q. POSSA CONSEGUIRE I RISULTATI ATTESI

-PREVENIRE E/O RIDURRE GLI EFFETTI INESIDERATI

-CONSEGUIRE IL MIGLIORAMENTO

VEDI TABELLA
"MAPPATURA ANALISI RISCHIO"

UNI EN ISO 9001:15 (P.TO 6.1)

OPPORTUNITA' NECESSARIE DA AFFRONTARE PER:

-FORNIRE ASSICURAZIONE CHE IL S.G.Q. POSSA CONSEGUIRE I RISULTATI ATTESI

-PREVENIRE E/O RIDURRE GLI EFFETTI INDESIDERA TI

-CONSEGUIRE IL MIGLIORAMENTO

VEDI TABELLA "REGISTRO OPPORTUNITA"



-PIANIFICAZIONE AZIONI PER AFFRONTARE I RISCHI

-MODALITA' PER INTEGRARE ED ATTUARE AZIONI NEI PROCESSI DEL PROPRIO S.G.Q.

-VALUTAZIONE EFFICACIA DELLE AZIONI ATTUATE

VEDI TABELLA
"MAPPATURA ANALISI RISCHIO"

-PIANIFICAZIONE AZIONI PER AFFRONTARE LE OPPORTUNITA'

-MODALITA' PER INTEGRARE ED ATTUARE AZIONI NEI PROCESSI DEL PROPRIO S.G.Q.

-VALUTAZIONE EFFICACIA DELLE AZIONI ATTUATE

VEDITABELLA

"REGISTRO OPPORTUNITA"

La Direzione, nel pianificare i processi del SGQ, ha determinato i rischi e le opportunità che da tali processi possono scaturire individuando le azioni adequate alla loro gestione.

L'effetto dell'incertezza di un determinato risultato ed il concetto di *risk-based thinking* è considerato nel SGQ attraverso la pianificazione delle azioni per affrontare e gestire i rischi/opportunità con lo scopo di prevenire le non conformità e nel contempo di individuare le opportunità per accrescere la soddisfazione delle parti interessate e per il conseguimento degli obiettivi per la qualità.

Al fine di mettere in atto e migliorare il SGQ, l'organizzazione ha individuato le parti interessate e le loro esigenze e determinato i rischi e le opportunità strategici per il sistema.

La definizione dei rischi e delle opportunità prende in considerazione, pertanto, i fattori interni ed esterni del contesto nonché le parti interessate.

La determinazione dei rischi e delle opportunità permette all'organizzazione di:

- · garantire che il SGQ consegua i risultati attesi e pianificati,
- prevenire e/o ridurre gli effetti indesiderati,
- conseguire il miglioramento per assicurare la conformità del servizio ed accrescere la soddisfazione del cliente,
- definire quali siano le azioni da intraprendere per affrontare rischi ed opportunità.
- · integrare le azioni nello sviluppo dei processi del SGQ,
- definire le responsabilità, le risorse da impegnare, i tempi necessari ed i criteri di valutazione dell'efficacia per attuare le azioni pianificate.
- · verificare l'efficacia delle azioni.

Sono mantenute informazioni documentate delle attività di valutazione dei rischi/opportunità nonché delle azioni intraprese e della valutazione della loro efficacia; quest'ultima valutazione costituisce input del Riesame di Direzione.

7. PROCESSI AFFIDATI IN OUTSORCING

I PROCESSI AFFIDATI IN OUTSORCING attribuzione da parte della Fondazione di funzioni, segmenti di processi produttivi o di servizi ai fornitori esterni.

PRESSO LE 2 SEDI DELLA FONDAZIONE I PROCESSI ATTUALMENTE AFFIDATI IN OUTSORCING SONO:

- SERVIZIO MEDICO: N. 2 MEDICI COADIUTORI, N. 1 MEDICO CONSULENTE (FISIATRA), N. 1 MEDICO CON FUNZIONE DI RESPONSABILE SANITARIO e REFERENTE COVID-19
- SERVIZI IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE PRESSO SEDE DI VAL BREMBILLA (N. 1 INFERMIERE PROFESSIONALE + N. 1 FISIOTERAPISTA)
- SERVIZIO DI FORNITURA PER INTEGRAZIONE PERSONALE SERVIZIO INFERMIERISTICO RSA LAXOLO (DOTAZIONE INSUFFICIENTE DEL PERSONALE INTERNO A GARANZIA DELLA COPERTURA DEI TURNI DI SERVIZIO)
- SERVIZIO DI DIRIGENZA CON FUNZIONI DI PROCURATORE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE:
- SERVIZIO CUCINA-RISTORAZIONE, SERVIZIO LAVANDERIA/GUARDAROBA,
- SERVIZIO PARRUCCHIERE (RSA ZOGNO RIPRESA SERVIZIO ESTERNO DAL 03/01/2023);
- SERVIZIO PODOLOGO (ATTUALMENTE SOSPESO PER COVID-19);
- SERVIZIO MANUTENZIONI IMPIANTI ED ATTREZZATURE;
- SERVIZIO DI MANUTENZIONE INTERNA (COPERTURA ASSENZE PROGRAMMATE E NON DELL'OPERAIO MANUTENTORE INTERNO DIPENDENTE DELLA RSA, E ROTAZIONE PER LA COPERTURA DEL SERVIZIO NOTTURNO/FESTIVO DI PRONTA DISPONIBILITA').
- SERVIZIO RACCOLTA RIFIUTI PERICOLOSI POTENZIALMENTE INFETTI/FARMACI SCADUTI:

- ASSISTENZA INFORMATICA SOFTWARE E HARDWARE, LINEA WI-FI WI-FOX E ACCESS POINT:
- CONSULENZA TECNICA IN MATERIA DI SICUREZZA, PRIVACY, FORMAZIONE
- SERVIZIO CONSULENZA MEDICINA DEL LAVORO;
- SERVIZIO DI TELECARDIOLOGIA (REFERTAZIONE TRACCIATI ECG)
- CONSULENZA IN MATERIA FISCALE E TRIBUTARIA (COMMERCIALISTA e REVISORE CONTABILE);
- CONSULENZA DEL LAVORO (ELABORAZIONE PAGHE, CONTRIBUTI, ECC.);
- APPROVVIGIONAMENTI CHE IMPATTANO SULLA QUALITA': FARMACI, AUSILI INCONTINENZA, ATTREZZATURE/MATERIALE SANITARIO (ELETTROMEDICALI E AUSILI PER LA MMP), GAS MEDICINALI, MATERIALE PER PULIZIA, ATTREZZATURE E INFRASTRUTTURE INFORMATICHE.

8. ALLEGATI

- ELENCO DELLE PROCEDURE, PROTOCOLLI/LINEE GUIDA, ISTRUZIONI OPERATIVE E REGOLAMENTI VIGENTI PRESSO LE 2 SEDI.

FONDAZIONE SAN LORENZO Opera Pia Caritas – Onlus

ELENCO PROCEDURE, PROTOCOLLI/LINEE GUIDA, ISTRUZIONI OPERATIVE E REGOLAMENTI (Aggiornamento del 31/08/2023)

PROCEDURE			
N. DOC	TITOLO	REV.	DATA EMISSIONE
P01	GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE E REGISTRAZIONI DELLA QUALITA'.	00	01/03/2022
P02	ORGANIZZAZIONE E PIANIFICAZIONE.	00	01/03/2022
P03	GESTIONE DELLE RISORSE.	00	01/03/2022
P04	PROGETTAZIONE DEI SERVIZI INNOVATIVI.	00	01/03/2022
P05	PROCESSI RELATIVI ALL'OSPITE (CLIENTE).	00	01/03/2022
P06	GESTIONE RECLAMI.	00	01/03/2022
P07	APPROVVIGIONAMENTO, VALUTAZIONE E QUALIFICA FORNITORI.	00	01/03/2022
P08	EROGAZIONE DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO.	00	31/08/2022
P09	MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO.	00	01/03/2022

PROTOCOLLI / ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI - RSA SEDE DI ZOGNO			
N. DOC	TITOLO	REV.	DATA EMISSIONE
01	PROTOCOLLO INFERMIERISTICO PER LA CATETERIZZAZIONE VESCICALE	01	06/10/2006
01/IO	ISTRUZIONI PER L'IMPIEGO DELL'ELETTROCARDIOGRAFO PORTATILE "CARDIOLINE MICROTEL"	01	22/03/2021
02	CRITERI E MODALITA' DI ACCESSO DELL'UTENTE (LISTA ATTESA, ACCOGLIMENTO E REGISTRAZIONE), PRESA IN CARICO E DIMISSIONE.	01	31/08/2023
02/10	ISTRUZIONE PER L'ESECUZIONE DELLO STICK GLICEMICO	00	10/02/2010
03	PROTOCOLLO INFERMIERISTICO/AUSILIARIO PER IL MANTENIMENTO DELL'IGIENE NEL RISPETTO DELLA PRIVACY DELL'OSPITE	00	31/08/2023
03/IO	ASSISTENZA AL PAZIENTE CON GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (PEG)	00	12/04/2010
04	PROTOCOLLO ACCORGIMENTI ASSISTENZIALI IN CASO DI DISIDRATAZIONE	00	01/01/2005
04/10	REGOLAMENTO PER L'ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	00	21/05/2012
05	PROTOCOLLO POST MORTEM	06	29/12/2020
05/IO	PIANO DI DIFFUSIONE, CONTROLLO E REVISIONE PERIODICA DI LINEE GUIDA, PROTOCOLLI E PROCEDURE	00	30/06/2023
06	GESTIONE DELL'URGENZA/EMERGENZA SANITARIA.	02	26/05/2017
06/10	SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	00	12/08/2022
07	PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DELLA MALNUTRIZIONE	00	01/01//2005
07/IO	SANIFICAZIONE QUOTIDIANA E TERMINALE DELLA STANZA DI ISOLAMENTO.	00	03/05/2016
08	L'ALIMENTAZIONE IN RSA.	00	25/01/2022
08/IO	PREVENZIONE, TRATTAMENTO E SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE (SOSPETTO O ACCERTATO).	00	03/05/2016
09	PROTOCOLLO IN STATO CRITICO	00	01/01/2005
09/IO	LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN RSA.	00	25/01/2022

Allegato Linee Guida

Opera Pia Caritas – Onlus

N. DOC	TITOLO	REV.	DATA EMISSIONE
10	LINEE GUIDA DEL REPARTO DI RIABILITAZIONE E RECUPERO FUNZIONALE		4 (4 · A)(4
10/IO	GESTIONE DEL CARRELLO PER L'URGENZA.	00	31/08/2023 15/11/2022
11	LINEE GUIDA AL TRATTAMENTO DELL'INCONTINENZA URINARIA E FECALE DEL PAZIENTE ANZIANO.	01	10/07/2017
11/10	ESECUZIONE DEL TEST DI EFFICACIA PER L'AUTOCLAVE DI TIPO B	00	10/04/2018
12	PROCEDURA OPERATIVA PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CADUTA DELL'OSPITE IN RSA.	00	25/01/2022
12/IO	EMERGENZA COVID-19: UTILIZZO DEI MEZZI DI TRASPORTO DELLA RSA.	01	28/06/2021
13	LINEE GUIDA PER LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO	02	30/04/2015
13/IO	EMERGENZA COVID-19: MODALITA' D'INGRESSO DEI LAVORATORI E DEGLI OPERATORI DI DITTE ESTERNE	02	03/06/2021
14	LINEE GUIDA PER L'USO DI METODI DI CONTENZIONE.	01	31/08/2023
14/10	EMERGENZA COVID-19: MODALITA' DI ACCOGLIENZA E INGRESSO DI NUOVI OSPITI, REINGRESSO DOPO RICOVERO OSPEDALIERO, USCITA/RIENTRO PER ACCERTAMENTI/VISITE	00	12/08/2022
15	PROTOCOLLO PER LA GESTIONE EVENTI INFORTUNISTICI	01	30/06/2023
15/IO	EMERGENZA COVID-19: PROGETTO SPERIMENTALE DI INCONTRO A DISTANZA TRA OSPITI E PARENTI, IN SICUREZZA, DOPO IL LUNGO PERIODO DI ISOLAMENTO LEGATO ALLA PANDEMIA COVID-19 (RIVEDIAMOCI 6.0)	04	23/08/2021
16	PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DELLE ESPOSIZIONI PROFESSIONALI A LIQUIDI BIOLOGICI POTENZIALMENTE INFETTI E PER LE VITTIME DI EPISODI DI VIOLENZA ANCHE DI TIPO SESSUALE	01	30/06/2023
16/IO	EMERGENZA COVID-19: GESTIONE DI CASO SOSPETTO O POSITIVO COVID-19.	00	01/02/2022
17	PROTOCOLLO INFORMATIVO SULL'ESPOSIZIONE PROFESSIONALE DELLE DONNE IN GRAVIDANZA, PUERPERE E IN ALLATTAMENTO	00	30/06/2023
17/IO	EMERGENZA COVID-19: PRESA IN CARICO DI NUOVI OSPITI SECONDO CRITERI DI PRIORITA' RIFERIBILI A LIVELLI DI URGENZA IMPROCRASTINABILI ED ORDINARI	00	12/08/2022
18	MODALITÀ DI TRASMISSIONE DELLE NOTIFICHE DI MALATTIA INFETTIVA	00	30/06/2023
18/IO	EMERGENZA COVID-19: PROCEDURA OPERATIVA PER ATTIVITÀ DI ACCONCIATURA	00	13/10/2020
19	EMERGENZA GUASTO ASCENSORE E/O ALLARME ASCENSORE PER PERSONE BLOCCATE IN CABINA	00	30/06/2023
19/10	EMERGENZA COVID-19: MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO FARMACI E PRESIDI SANITARI.	00	09/11/2020
20	CORRETTO UTILIZZO DELLA DIVISA	00	30/06/2023
20/10	EMERGENZA COVID-19: PROCEDURA PER IL CORRETTO UTILIZZO DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)	00	09/11/2020
21	EMERGENZA GUASTO/FERMO IMPIANTI E/O ATTREZZATURE	00	30/06/2023
21/10	EMERGENZA COVID-19: PROCEDA DI APPROVVIGIONAMENTO/STOCCAGGIO E DISTRIBUZIONE DPI	00	20/11/2020
22	PROCEDURA PER IL SALVATAGGIO DATI (BACK UP)	00	30/06/2023
22/10	EMERGENZA COVID-19: PROCEDURA OPERATIVA PER L'ESECUZIONE DEL TAMPONE RINO-OROFARINGEO PER SARS-COV 2	00	01/12/2020
23	PROTOCOLLO PER L'USCITA VOLONTARIA TEMPORANEA DELL'OSPITE DALLA STRUTTURA DI RICOVERO	04	23/08/2021
23/10	EMERGENZA COVID-19: PROTOCOLLO PER LA VACCINAZIONE ANTI COVID-19	01	04/02/2021
24	PROTOCOLLO PER LA STERILIZZAZIONE DI DISPOSITIVI E MATERIA- LE SANITARIO.	00	26/09/2022

Opera Pia Caritas – Onlus

N. DOC	PROTOCOLLI / ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI - RSA SEDE	dala sola	
N. DOC	TITOLO	REV.	DATA EMISSIONE
25	MODALITÀ DI ACCESSO/CHIUSURA E DISPOSIZIONI PER LA CHIUSURA/APERTURA DEGLI ACCESSI DELLA RSA	03	11/12/2020
26	PROTOCOLLO PER LA TRASMISSIONE DELLE NOTIFICHE DI MALATTIA INFETTIVA E DELLE DIMISSIONI CORRELATE AL MEDICO COMPETENTE E AL S.P.P.	00	20/04/2007
27	PROTOCOLLO PER IL TRATTAMENTO DEL MATERIALE SANITARIO RIUTILIZZABILE NON AUTOCLAVABILE.	01	10/04/2013
28	I PERCORSI INTERNI DEI MATERIALI E DELLE ATTREZZATURE FINALIZZATI ALL'ASSISTENZA.	01	27/04/2009
29	PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DEL REGISTRO STUPEFACENTI IN REPARTO.	00	10/09/2008
30	MANUALE DELLA CARTELLA CLINICA. LA GESTIONE DEL FASAS INFORMATIZZATO.	00	25/01/2022
31	ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA RACCOLTA E LO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI.	01	16/02/2023
32	PIANO DI AUTOCONTROLLO PER LE FASI DI CONSERVAZIONE DI ALIMENTI E DISTRIBUZIONE/SOMMINISTRAZIONE DEL VITTO AGLI OSPITI.	00	09/09/2013
33	BUONA ASSISTENZA MEDICA.	00	25/01/2022
34	PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DEL FARMACO E DEL DISPOSITIVO MEDICO IN RSA	02	26/09/2016
35	LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE IN RSA – "PROGETTO GIOBBE".	01	25/08/2014
36	PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA/EVENTI SENTINELLA.	00	31/08/2023
	MODALITA' DI PRELIEVO, CONSERVAZIONE E TRASPORTO DEI CAMPIONI BIOLOGICI.	02	26/08/2020
38	PROCEDURA DI ACQUISTO E DI USO SICURO DELLE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI.	00	30/06/2023
39	LINEE GUIDA PER LA SORVEGLIANZA ED IL TRATTAMENTO DELLA STIPSI.	00	16/08/2016
40	PROTOCOLLO SERVIZIO DI PULIZIE E DISINFEZIONE	00	01/06/2022
41	PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA/AGGRESSIONE A DANNO DEGLI OPERATORI DELLA RSA	00	15/05/2023

	PROTOCOLLI / ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI - RSA SEDE DI VAL BREMBILLA			
N. DOC	TITOLO	REV.	DATA EMISSIONE	
01	PROTOCOLLO INFERMIERISTICO PER LA CATETERIZZAZIONE VESCICALE	01	11/12/2018	
02	CRITERI E MODALITA' DI ACCESSO DELL'UTENTE (LISTA ATTESA, ACCOGLIMENTO E REGISTRAZIONE), PRESA IN CARICO E DIMISSIONE.	00	31/08/2023	
03	PROTOCOLLO INFERMIERISTICO/AUSILIARIO PER IL MANTENIMENTO DELL'IGIENE	02	31/08/2023	
04	PROTOCOLLO ACCORGIMENTI ASSISTENZIALI IN CASO DI DISIDRATAZIONE	01	11/12/2018	
05	PROTOCOLLO POST MORTEM	06	29/12/2020	
06	PROTOCOLLO IN CASO DI URGENZA	02	11/12/2018	
07	PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DELLA MALNUTRIZIONE	01	11/12/2018	
08	L'ALIMENTAZIONE IN RSA.	00	25/01/2022	
09	PROTOCOLLO IN STATO CRITICO	01	11/12/2018	
10	LINEE GUIDA DEL REPARTO DI RIABILITAZIONE E RECUPERO FUNZIONALE	00	31/08/2023	
11	LINEE GUIDA AL TRATTAMENTO DELL'INCONTINENZA URINARIA E FECALE DEL PAZIENTE ANZIANO.	02	11/12/2018	
12	PROCEDURA OPERATIVA PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CADUTA DELL'OSPITE IN RSA E ASSISTENZA POST - ACUTA	00	25/01/2022	

Allegato Linee Guida

Opera Pia Caritas – Onlus

N. DOC	TITOLO	REV.	DATA EMISSIONE
13	LINEE GUIDA PER LA PREVENZIONE E CURA DELLE LESIONI DA DECUBITO	03	11/12/2018
14	LINEE GUIDA PER L'USO DELLA CONTENZIONE IN R.S.A. E NELLE U.D.O. COLLEGATE	01	31/08/2023
15	PROTOCOLLO PER LA GESTIONE EVENTI INFORTUNISTICI	00	30/06/2023
16	PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DELLE ESPOSIZIONI PROFESSIONALI A LIQUIDI BIOLOGICI POTENZIALMENTE INFETTI E PER LE VITTIME DI EPISODI DI VIOLENZA ANCHE DI TIPO SESSUALE	01	30/06/2023
17	PROTOCOLLO INFORMATIVO SULL'ESPOSIZIONE PROFESSIONALE DELLE DONNE IN GRAVIDANZA, PUERPERE E IN ALLATTAMENTO	01	30/06/2023
18	MODALITÀ DI TRASMISSIONE DELLE NOTIFICHE DI MALATTIA INFETTIVA	00	30/06/2023
19	PROTOCOLLO IN CASO DI ALLARME OSSIGENO	00	30/06/2023
20	EMERGENZA GUASTO ASCENSORE E/O ALLARME ASCENSORE PER PERSONE BLOCCATE IN CABINA	00	30/06/2023
21	CORRETTO UTILIZZO DELLA DIVISA	00	30/06/2023
22	EMERGENZA GUASTI/FERMO IMPIANTI E/O ATTREZZATURE	00	30/06/2023
23	PROCEDURA PER IL SALVATAGGIO DATI (BACK UP)	00	31/01/2005
24	PROTOCOLLO PER L'USCITA VOLONTARIA TEMPORANEA DELL'OSPITE DALLA STRUTTURA DI RICOVERO	04	23/08/2021
25	PROTOCOLLO PER LA STERILIZZAZIONE DI DISPOSITIVI E MATERIALE SANITARIO.	00	26/09/2022
26	I PERCORSI INTERNI DEI MATERIALI E DELLE ATTREZZATURE FINALIZZATI ALL'ASSISTENZA	00	02/05/2007
27	PROTOCOLLO PER IL TRATTAMENTO DEL MATERIALE SANITARIO RIUTILIZZABILE NON AUTOCLAVABILE.	01	11/12/2018
28	PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DEL REGISTRO STUPEFACENTI IN REPARTO	01	11/12/2018
29	MANUALE DELLA CARTELLA CLINICA.(la gestione del FASAS informatizzato)	00	25/01/2022
30	ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA RACCOLTA E LO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI.	01	16/02/2023
31	DGR 3383/2015 CURE INTERMEDIE –ASSISTENZA POST ACUTA	00	12/08/2022
32	BUONA ASSISTENZA MEDICA.	00	25/01/2022
33	PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DEL FARMACO E DEL DISPOSITIVO MEDICO IN RSA	03	11/12/2018
34	LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE IN RSA - "PROGETTO GIOBBE".	02	11/12/2018
35	LA GESTIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA/EVENTI AVVERSI.	00	31/08/2023
36	MODALITA' DI PRELIEVO, CONSERVAZIONE E TRASPORTO DEI CAMPIONI BIOLOGICI.	02	26/08/2020
37	PROCEDURA DI ACQUISTO E DI USO SICURO DELLE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI.	00	30/06/2023
38	LINEE GUIDA PER LA SORVEGLIANZA ED IL TRATTAMENTO DELLA STIPSI.	01	11/12/2018
39	PROTOCOLLO SERVIZIO PULIZIE E DISINFEZIONE	00	12/08/2022
40	PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA/AGGRESSIONE A DANNO DEGLI OPERATORI DELLA RSA	00	15/05/2023
01/IO	L'IMPIEGO DELL'ELETTROCARDIOGRAFO PORTATILE CARDIOLINE MICROTEL	01	22/03/2021
02/10	ESECUZIONE TEST GLICEMICO	01	11/12/2018
	ASSISTENZA AL PAZIENTE CON GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (PEG)	01	11/12/2018
	SORVEGLIANZA É PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	00	12/08/2022

Opera Pia Caritas – Onlus

PROTOCOLLI / ISTRUZIONI OPERATIVE/REGOLAMENTI - RSA SEDE DI VAL BREMBILLA			
N. DOC	TITOLO	REV.	DATA EMISSIONE
05/IO	SANIFICAZIONE QUOTIDIANA E TERMINALE DELLA STANZA DI ISOLAMENTO.	01	11/12/2018
06/10	PREVENZIONE, TRATTAMENTO E SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE (SOSPETTO O ACCERTATO).	01	11/12/2018
07/IO	LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN RSA E ASSISTENZA POST-ACUTA	00	25/01/2022
08/10	GESTIONE DEL CARRELLO PER L'URGENZA.	00	06/07/2022
09/10	ESECUZIONE DEL TEST DI EFFICACIA PER L'AUTOCLAVE DI TIPO B	01	11/12/2018
10/IO	MODALITA' DI ACCESSO IN SICUREZZA ED EFFETTUAZIONE DELLE PRESCRIZIONI AL CENTRO PRELIEVI	00	05/05/2020
11/IO	EMERGENZA COVID-19: UTILIZZO DEI MEZZI DI TRASPORTO DELLA RSA	01	28/06/2021
12/10	EMERGENZA COVID-19: MODALITA' DI ACCOGLIENZA E INGRESSO DI NUOVI OSPITI, REINGRESSO DOPO RICOVERO OSPEDALIERO, USCITA/RIENTRO PER ACCERTAMENTI/VISITE.	00	12/08/2022
13/10	EMERGENZA COVID-19: MODALITA' DI INGRESSO DEI LAVORATORI E DEGLI OPERATORI DI DITTE ESTERNE	02	03/06/2021
14/10	EMERGENZA COVID-19: PROGETTO SPERIMENTALE DI INCONTRO A DISTANZA TRA OSPITI E PARENTI, IN SICUREZZA, DOPO IL LUNGO PERIODO DI ISOLAMENTO LEGATO ALLA PANDEMIA COVID-19	04	23/08/2021
15/IO	EMERGENZA COVID-19: GESTIONE DI CASO SOSPETTO O POSITIVO COVID- 19.	00	01/02/2022
16/IO	EMERGENZA COVID-19: PRESA IN CARICO DI NUOVI OSPITI SECONDO CRITERI DI PRIORITA' RIFERIBILI A LIVELLI DI URGENZA IMPROCRASTINABILI ED ORDINARI	00	12/08/2022
17/10	EMERGENZA COVID-19: PROCEDURA OPERATIVA PER ATTIVITA' DI ACCONCIATURA	00	13/10/2020
18/IO	EMERGENZA COVID-19: PROCEDURA OPERATIVA PER L'ESECUZIONE DEL TAMPONE RINO-OROFARINGEO PER SARS-COV 2	00	01/12/2020
19/IO	EMERGENZA COVID-19: PROTOCOLLO PER LA VACCINAZIONE ANTI COVID-19	01	04/02/2021
20/10	EMERGENZA COVID-19: PROCEDURA DI APPROVVIGIONAMENTO/STOCCAGGIO E DISTRIBUZIONE DPI.	00	04/02/2021
21/10	EMERGENZA COVID-19: PROCEDURA PER IL CORRETTO UTILIZZO DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)	00	04/02/2021
22/10	EMERGENZA COVID-19: MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO FARMACI E PRESIDI SANITARI	00	04/02/2021
24/10	PIANO DI DIFFUSIONE, CONTROLLO E REVISIONE PERIODICA DI LINEE GUIDA, PROTOCOLLI E PROCEDURE	00	30/06/2023
REG01	REGOLAMENTO PER L'ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	02	11/12/2018

Allegato Linee Guida pag. 5 di 5