

CARTA DEI SERVIZI  
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA  
SERENISSIMA

*Gentile Utente,*

*la Carta dei Servizi, lungi da essere un mero elenco di prestazioni, si offre come testimonianza della filosofia della SERENISSIMA S.r.l.. La dignità dell'individuo viene salvaguardata e perseguita attraverso servizi di qualità monitorabili, che mirano a realizzare concretamente il desiderio di mettere la Persona al centro delle nostre cure.*

*Il Centro di Assistenza domiciliare della Serenissima srl ha come valori:*

- l'attenzione alla qualità della vita delle persone da assistere e delle loro famiglie;*
- la costruzione di un rapporto umano con il gruppo familiare il più possibile personalizzato, per garantire un'assistenza socio-sanitaria a misura della Persona;*
- l'integrazione delle esigenze dell'assistito e del nucleo familiare con gli interlocutori istituzionali (Comune, Regione, Azienda Sanitaria Locale) per una rete di sostegno più efficace;*
- la realizzazione di un modello aziendale per valorizzare le molteplici e preziose esperienze e competenze maturate in tutte le Strutture della SERENISSIMA S.r.l.;*
- l'impegno di formazione continua che garantisca e mantenga un elevato livello di professionalità e di motivazione del Personale;*
- la monitorabilità costante dei risultati, al fine di ricavarne indicazioni ottimali per la programmazione e la gestione della qualità dei processi e dei Servizi forniti.*

*Coerentemente con i valori espressi, SERENISSIMA S.r.l. si impegna a perseguire gli obiettivi della sua mission. Fa inoltre propri i principi, i diritti e i doveri espressi nella Carta dei Diritti del Malato e della Carta dei Diritti dell'Anziano per confermare e condividerne il valore dei contenuti.*

*La Direzione*

## **Indice**

### **Sommario**

|   |    |
|---|----|
| FINALITA' ASSISTENZIALI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.) .....   | 4  |
| DESTINATARI .....   | 5  |
| CRITERI DI AMMISSIONE E DI ELEGGIBILITA' .....                            | 6  |
| TIPOLOGIE DI A.D.I. ....  | 6  |
| MODALITA' DI ACCESSO E DI ORGANIZZAZIONE .....                            | 7  |
| MODALITA' DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO A.D.I.....                          | 9  |
| REQUISITI STRUTTURALI .....   | 10 |
| TEAM MULTIDIMENSIONALE.....   | 10 |
| STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....  | 12 |
| INGRESSO .....  | 15 |
| PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO .....                                | 17 |
| SEGRETERIA ORGANIZZATIVA DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI DOMICILIARI ..... | 18 |
| CONTROLLI DI QUALITA' .....   | 19 |
| RILASCIO CERTIFICATI E COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA .....               | 19 |
| TUTELA DELLA PRIVACY .....  | 20 |
| SUGGERIMENTI, RECLAMI E VALUTAZIONE DEI SERVIZI OFFERTI.....              | 20 |
| DIRITTI DEL MALATO .....  | 22 |
| SEDI E CONTATTI.....  | 24 |

## FINALITA' ASSISTENZIALI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.)

L'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) è un servizio assistenziale prevalentemente sanitario, concordato con l'ASL, tra il Paziente, i parenti e il medico di famiglia, per un periodo di tempo prestabilito, che permette ai cittadini che ne hanno bisogno di essere assistiti a casa, con programmi personalizzati, evitando il ricovero in ospedale e consentendo alla persona di rimanere il più possibile nel proprio ambiente abituale di vita, o rendendo possibile una precoce dimissione.

A tale proposito si definisce "assistenza domiciliare integrata", quell'assistenza per la quale è costituita una complessa organizzazione, cioè un lavoro di rete che coordina ed integra le varie figure professionali quali: i medici, gli infermieri, i terapisti della riabilitazione e gli operatori sociali, mantenendo i rapporti con la sanità del territorio, organizzando e prenotando esami o consulenze, procurando e fornendo i materiali e gli ausili necessari per l'assistenza al domicilio, secondo le necessità rilevate.

Caratteristica essenziale del servizio è l'unitarietà d'intervento, che deve essere basato sul concorso progettuale di contributi professionali, sanitari e di protezione sociale, organicamente inseriti nel progetto assistenziale personalizzato.

La continuità assistenziale è l'obiettivo specifico dell'A.D.I., basandosi sulla condivisione degli obiettivi, delle responsabilità e sulla complementarietà delle risorse necessarie per il raggiungimento dei risultati di salute.

Il servizio A.D.I. propone i seguenti obiettivi:

- mantenere la persona nel proprio contesto di vita attraverso interventi a sostegno della famiglia e della persona con prestazioni sociosanitarie integrate svolte in regime domiciliare ovvero nel contesto di vita quotidiana;
- utilizzare il ricorso ai servizi residenziali, a ciclo diurno o continuativo, in via subordinata ed esperendo modalità che circoscrivono di norma ad un periodo programmato la prestazione, sulla base di un definito piano di intervento;
- costituire una valida alternativa all'assistenza sanitaria in contesti istituzionalizzati estranei al

domicilio.

- adottare modalità d'intervento mirate al recupero, al reinserimento, all'autonomia, alla salvaguardia della vita affettiva e di relazione dell'assistito;
- ridurre i ricoveri impropri e incongrui negli ospedali e nelle Strutture residenziali;
- ridurre la permanenza in ospedale e favorire la de-ospedalizzazione, attraverso la dimissione socio-sanitaria protetta;
- sviluppare una modalità d'intervento incentrata sul lavoro d'équipe al fine di realizzare l'effettiva integrazione delle prestazioni;
- sostenere la famiglia e coinvolgerla in una collaborazione e partecipazione ai piani di assistenza.

Il lavoro viene definito attraverso riunioni di programmazione degli interventi, di coordinamento, di valutazione, di riprogettazione di un progetto assistenziale personalizzato (P.A.I.), di individuazione del referente familiare (caregiver) e del responsabile del caso (case manager), e sulla definizione altresì della valutazione dei costi, delle decisioni e la valutazione evolutiva degli esiti.

### **DESTINATARI**

L'A.D.I. è rivolta a soggetti in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta, derivante da condizioni critiche di bisogno socio-sanitario o patologiche, ed in particolare Pazienti che si trovino nelle seguenti condizioni:

- anziani e disabili, minori e adulti in condizioni di fragilità, nonché patologie geriatriche con limitazione dell'autonomia;
- patologie acute temporaneamente invalidanti trattabili a domicilio;
- Pazienti in dimissione socio-sanitaria protetta da reparti ospedalieri;
- disabilità, pluripatologie e patologie croniche;
- degenerative che determinano limitazione delle autonomie;
- patologie oncologiche in fase avanzata;
- patologie in fase terminale.

## CRITERI DI AMMISSIONE E DI ELEGGIBILITA'

L'accesso all'A.D.I. deve essere subordinato ad una valutazione integrata accertante la presenza contemporanea dei seguenti requisiti o condizioni di eleggibilità generali:

- ❖ ridotta autosufficienza temporanea o protratta (criterio di appropriatezza), la sussistenza di tale requisito deve essere certificata da attestazione medica e, preferibilmente, definita in maniera precisa e standardizzata attraverso l'uso di apposite scale di valutazione, validate sul piano scientifico;
- ❖ necessità di assistenza esclusivamente primaria (criterio di appropriatezza), cioè assenza di condizioni patologiche di alto rischio o della necessità di interventi altamente specialistici o di tecnologie complesse, che impongono il ricovero ospedaliero o l'attivazione di altri servizi specialistici;
- ❖ complessità assistenziale del Paziente (criterio di appropriatezza), ovvero la presenza di bisogni complessi che richiedono contemporaneamente prestazioni sanitarie ed interventi socio-assistenziali da parte di un'équipe multidisciplinare o, quantomeno, di interventi socio-sanitari integrati domiciliari (assistenza tutelare e aiuto infermieristico); presenza o possibilità di garantire adeguato supporto alla persona, la presenza di un nucleo familiare o, in caso di sua insufficienza o assenza, possibilità di assicurare la presenza di una rete solidale (vicinato, volontariato, ecc.) o di prestazioni di "assistenza tutelare e aiuto infermieristico", in grado di prendersi cura del soggetto;
- ❖ idoneità delle condizioni abitative, o possibilità di renderle tali con interventi di assistenza abitativa.

## TIPOLOGIE DI A.D.I.

- A.D.I. a breve termine (circa tre settimane): situazioni in cui, dopo un aggravamento delle condizioni sanitarie e/o sociali dell'Utente, un progetto attivo di educazione sanitaria, rassicurazione e sostegno sono essenziali per mettere in grado la rete familiare di farsi carico dell'assistenza patologie acute in cui l'A.D.I. costituisce alternativa alla ospedalizzazione.

- A.D.I. a medio termine (circa 3 mesi): situazioni in cui un progetto assistenziale personalizzato di più ampio respiro è finalizzato a sostenere il nucleo familiare o la rete solidale in un periodo critico o a promuoverne l'autonomia a Pazienti in fase terminale.
- A.D.I. a lungo termine (6 mesi rinnovabili): casi in cui l'A.D.I. evita l'ingresso in strutture residenziali e casi in cui l'A.D.I. evita l'ospedalizzazione impropria o ripetuta.

### MODALITA' DI ACCESSO E DI ORGANIZZAZIONE

L'organizzazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata prevede, in caso di accreditamento con il SSR, l'istituzione di un organismo socio-sanitario integrato tra Azienda Sanitaria Locale ed Ente Locale, da essi co-gestiti e cofinanziati, in grado di garantire l'unitarietà del servizio in tutte le sue fasi di programmazione, di esecuzione e di valutazione.

La valutazione dell'ammissibilità della domanda è competenza di una Unità di Valutazione Multidimensionale, istituita dalla ASL in caso di accreditamento o definita nella organizzazione del Centro di ADI, quindi di una Équipe professionale, con competenze multidisciplinari, in grado di leggere le esigenze del Pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi che costituisce l'altro anello operativo strategico in sede locale del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Nello specifico dell'A.D.I., l'Unità di Valutazione Multidimensionale svolge i seguenti compiti:

- effettua la valutazione multidimensionale dell'autosufficienza e dei bisogni assistenziali dei Pazienti/Utenti;
- verifica la presenza delle condizioni di eleggibilità come precedentemente indicate;
- elabora il piano assistenziale personalizzato attraverso la definizione degli obiettivi, dell'intervento, della frequenza e della durata degli interventi, condividendolo con il Paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto;
- verifica e aggiorna l'andamento del piano assistenziale individualizzato;
- procede alla dimissione concordata.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale dovrà altresì programmare e svolgere la progressiva

rivalutazione degli assistiti già in carico, secondo le modalità integrate, per verificare la sussistenza dei criteri di ammissione e di eleggibilità e provvedere in conseguenza. L'accesso di nuovi Utenti all'A.D.I. e le dimissioni avvengono solo a seguito della valutazione socio-sanitaria congiunta, nelle modalità che, in caso di accreditamento, saranno negoziate tra ASL e Comune e definite nel protocollo d'intesa appositamente stipulato.

Rientrano fra i servizi di assistenza domiciliare sanitaria e socio-assistenziale:

- le cure mediche;
- le cure infermieristiche;
- le cure di aiuto alla persona (assistenza socio-assistenziale e assistenza sociale);
- le cure riabilitative;
- la fornitura di farmaci e presidi medici.

Possono servirsi dell'assistenza domiciliare persone non autosufficienti di tutte le età con gravi limitazioni alla mobilità, o che hanno bisogno di cure. In particolare:

- le persone anziane (di età superiore ai 65 anni);
- le persone affette da malattie tumorali in fase avanzata e terminale;
- le persone che necessitano di nutrizione artificiale;
- le persone in dimissione protetta da reparti ospedalieri;
- le persone affette da malattie croniche invalidanti.

## **MODALITA' DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO A.D.I.**

Il Medico di Famiglia, di fronte ad un Paziente che necessita dell'A.D.I., richiede l'attivazione alla Centrale operativa distrettuale delle cure domiciliari; la segnalazione può essere attivata da una figura diversa: assistente sociale, familiare o vicino di casa, parrocchia. Dalla segnalazione scritta dal reparto ospedaliero (cd. dimissione protetta) tre giorni prima della data presunta di dimissione, tempo necessario per predisporre l'assistenza al domicilio.

Alla segnalazione segue la valutazione al domicilio dell'Assistito, alla quale partecipano il medico di famiglia, il Medico Responsabile, le cure domiciliari del Distretto, il coordinatore infermieristico, i familiari ed eventualmente l'assistente sociale - se è stato riscontrato un problema socio-assistenziale.

In presenza dei requisiti fondamentali per l'attivazione dell'A.D.I., si concorda il progetto terapeutico assistenziale individualizzato.

L'Assistenza Domiciliare Integrata comprende, in relazione ai bisogni assistenziali del Paziente:

- ✓ visite del medico di famiglia, generalmente programmate secondo le condizioni cliniche della persona;
- ✓ assistenza infermieristica: medicazioni, terapie iniettive ed infusionali, prelievi, ECG, altro.....
- ✓ assistenza alla persona: igiene, mobilizzazione, ecc... in collaborazione con i Servizi Sociali;
- ✓ ausili per l'incontinenza: fornitura diretta di cateteri, sacchetti, pannoloni, traverse;
- ✓ farmaci: compresi nel prontuario della ASL;
- ✓ fornitura presidi: letto ortopedico, materasso antidecubito, carrozzina, deambulatore, ecc...;
- ✓ materiale di medicazione: garze, disinfettanti, ecc...;
- ✓ consulenze specialistiche a domicilio o presso presidio ospedaliero, incluso specialisti o di Cure Palliative o di Terapia antalgica, nei casi necessitanti interventi riabilitativi effettuabili a domicilio.

## REQUISITI STRUTTURALI

Il servizio A.D.I. dispone di una sede operativa presso il CENTRO DI ASSISTENZA DOMICILIARE MYOSOTIS ubicato in Via 8 Marzo, 4 Soriano nel Cimino (VT).

Gli ambienti dedicati al servizio A.D.I. sono:

- uno spazio per l'attesa ed accoglienza;
- un locale per gli uffici amministrativi;
- un locale per la direzione;
- un locale per le riunioni/colloqui;
- servizi igienici per il personale interno ed esterno;
- locale per il deposito del materiale pulito;
- locale per il deposito del materiale sporco.

## TEAM MULTIDIMENSIONALE

La valutazione multidimensionale, l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni che ogni caso presenta, deve essere l'adempimento prioritario ai fini della definizione del progetto socio-sanitario personalizzato e della presa in carico integrata dell'assistito.

La valutazione multidimensionale è effettuata da un Team multidisciplinare, con competenze, in grado di comprendere le esigenze di Pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi.

L'Équipe multidisciplinare è costituita da un nucleo base composte da:

- ✓ Medico responsabile delle cure domiciliari
- ✓ Medico di medicina generale curante dell'assistito
- ✓ Infermiere
- ✓ Psicologo
- ✓ Assistente Sociale

- ✓ Fisioterapista
- ✓ Educatore
- ✓ Operatori socio sanitari

Altre figure specialistiche di supporto convocate in relazione alla valutazione del singolo caso. Tale nucleo di base può essere integrato da altre figure professionali ed, eventualmente, dal Coordinatore dell'Ufficio Socio-sanitario distrettuale.

L'Équipe effettua la valutazione multidimensionale dell'autosufficienza del Paziente e dei bisogni assistenziali degli assistiti e dei loro nuclei familiari (valutazione di 2° livello che fa seguito, a quella di 1° livello già contenuta nella "scheda di proposta per l'accesso").

In particolare:

- ✓ verifica la presenza delle condizioni di ammissibilità ad un certo percorso di cura ed assistenza;
- ✓ elabora il progetto socio-sanitario personalizzato, che comprende gli obiettivi assistenziali da raggiungere, la modalità di raggiungimento degli obiettivi assistenziali,
- ✓ identifica la tipologia degli interventi, la frequenza degli accessi dei singoli Operatori, MMG, Infermieri, Fisioterapisti, e la durata degli interventi assistenziali;
- ✓ definisce i criteri di ammissione e dimissione relativa all'ADI;
- ✓ definisce il percorso assistenziale dei Pazienti;
- ✓ elabora il piano di lavoro dei singoli componenti dell'Équipe operativa assistenziale, i tempi, i luoghi dell'intervento, i turni, gli orari di accesso;
- ✓ discute in gruppo degli eventuali problemi emersi nel corso dell'assistenza;
- ✓ individua il responsabile del caso o case manager che sarà il punto di riferimento dell'assistito e della famiglia nel percorso individuato (legge regionale 34/98 Piano Sanitario Regionale 1998/2000, paragrafi n 4.2.3.3).

## STRUTTURA ORGANIZZATIVA

- *Care Manager – Infermiere Dirigente/Infermiere Coordinatore*

Tra le sue principali competenze si evidenziano:

- la responsabilità complessiva del Servizio;
- in collaborazione con il Medico la valutazione delle domande d'ingresso e l'ammissione o dimissioni dei soggetti;
- la presa in carico globale dei bisogni del soggetto;
- le direttive principali sull'organizzazione e la qualità dei servizi sanitari e socio-assistenziali;
- l'applicazione e il rispetto delle norme di sicurezza generali;
- le relazioni con le istituzioni locali;
- il coordinamento del progetto di accoglienza ed inserimento dell'Paziente;
- l'organizzazione e il controllo dei servizi socio-assistenziali ed infermieristici;
- l'approvvigionamento e gestione dei medicinali e parafarmaci;
- la stesura e il controllo dei piani di lavoro ed elaborazione della turnistica;
- l'organizzazione, il coordinamento e la supervisione del personale infermieristico e tutelare della Servizio;
- l'organizzazione e la verifica della corretta stesura ed applicazione del Piano di Assistenza Individuale;
- la gestione delle visite specialistiche;
- il mantenimento dei rapporti con i familiari;
- la promozione della qualità di vita del soggetto;

- la raccolta delle segnalazioni e dei suggerimenti dei familiari da inoltrare all'Équipe di lavoro.

- *Medico*

Tra le sue principali competenze si evidenziano:

- la direzione e il coordinamento dei servizi sanitari ai fini igienico-organizzativi;
- in collaborazione con il Case Manager, la valutazione delle domande d'ingresso di ammissione o dimissioni dei soggetti;
- l'organizzazione del Personale in rapporto alle esigenze del Servizio ed in base ai criteri fissati congiuntamente durante il piano di assistenza;
- la promozione, per quanto di competenza, delle iniziative per la formazione e l'aggiornamento del Personale;
- la vigilanza e la cura della tenuta dell'archivio sanitario edella relativa documentazione del soggetto;
- la raccolta ed elaborazione dei dati, anche finalizzati al miglioramento continuo della qualità complessiva delle prestazioni e del rapporto con l'utenza;
- la vigilanza sul rispetto della riservatezza dei dati sanitari e parere obbligatorio sulla raccolta, elaborazione e trasmissione dei dati all'interno del Servizio ADI;
- la vigilanza sul rispetto della normativa in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro;
- la vigilanza sull'approvvigionamento di quanto necessario per il funzionamento dei servizi e l'attività assistenziale rivolta all'utenza;
- la vigilanza sulla gestione del Servizio farmaceutico e sulla scorta di magazzino dei medicinali e dei prodotti terapeutici;
- la collaborazione con i Medici di Medicina Generale;

- la responsabilità della corretta compilazione ed appropriatezza dei dati delle cartelle personali dei soggetti;
- la responsabilità delle attrezzature sanitarie.

#### *- Infermiere*

L'Infermiere è un professionista che fornisce/coordina i servizi sociali e sanitari, per la gestione clinica/assistenziale del soggetto. Dall'ammissione alla dimissione, l'Infermiere applica un modello unico di assistenza centrato sul singolo individuo.

#### *- Assistente Sociale*

L'Assistente Sociale è un professionista che agendo secondo il metodo specifico della propria professione cerca di risolvere situazioni di bisogno e di disagio sociale armonizzando i contatti con i familiari.

È disponibile a fornire informazioni e assistenza e al Servizio di Assistenza Sociale si può accedere sia telefonicamente sia previo appuntamento. Tra

le sue principali competenze si evidenziano:

- la collaborazione con il Case Manager e l'Infermiere per l'accoglienza del soggetto ed i suoi familiari;
- la raccolta di dati ed informazioni rispetto alla rete familiare per poi utilizzarla come eventuale risorsa nella stesura del Piano di Assistenza Individuale;
- l'offerta di sostegno e counseling dei soggetti e alle famiglie;
- l'orientamento del soggetto, ovvero dei familiari, attraverso la rete dei servizi sanitarie sociali territoriali;
- la cura dei rapporti con i diversi servizi distrettuali.

#### *- Psicologo*

Lo psicologo esegue la valutazione psicologica dei soggetti, coordina e collabora nella stesura del

piano di assistenza, supporta sia i Pazienti, sia i loro familiari secondo le richieste dell'Équipe di lavoro e in base alle richieste gestite dal Case Manager.

#### *- Fisioterapista*

Il Servizio di fisioterapia è svolto da personale con diploma universitario abilitante all'esercizio della professione di fisiokinesiterapista.

Il Servizio di fisioterapia ha lo scopo di mantenere e di migliorare il grado di autonomia, attraverso prestazioni riabilitative individuali e/o di gruppo, anche in collaborazione con le altre figure professionali. I Fisioterapisti svolgono gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità conseguenti a varie patologie.

## **INGRESSO**

### *Informazioni*

Le Persone interessate possono richiedere tutte le informazioni sul Servizio di assistenza domiciliare, anche telefonicamente e tramite appuntamento con il Case Manager.

Sarà possibile, comunque, visitare il sito internet aziendale nella parte riservata al Servizio ADI.

Il Personale presente presso il Servizio è disponibile a spiegare le modalità di accesso al Servizio domiciliare e rispondere prontamente a qualsiasi domanda sarà posta dall'Assistito.

### *Richieste di Ingresso*

L'accesso al Servizio A.D.I. deve essere subordinato ad una preventiva valutazione socio- sanitaria integrata che accerti la presenza dei seguenti requisiti e/o condizioni di eleggibilità:

- ridotta autosufficienza temporanea o protratta: la sussistenza di tale requisito deve essere certificata da attestazione medica e, possibilmente, definita in maniera precisa e standardizzata mediante l'uso di apposite scale di valutazione, validate sul piano scientifico;
- necessità di assistenza esclusivamente primaria: occorre verificare l'assenza di condizioni patologiche di alto rischio o della necessità di interventi altamente specialistici o di tecnologie complesse che impongono il ricovero ospedaliero o l'attivazione di altri servizi specialistici;

- complessità assistenziale del Paziente: occorre la presenza di bisogni complessi che richiedono contemporaneamente prestazioni sanitarie ed interventi socio-assistenziali da parte di una Équipe multidisciplinare o, in subordine, di interventi socio-sanitari integrati domiciliari (assistenza tutelare e aiuto infermieristico);
- possibilità di garantire per quanto possibile un idoneo supporto alla persona: occorre accertarsi della presenza del nucleo familiare o, in caso di assenza o non totale garanzia di supporto, o di prestazioni di assistenza tutelare ed aiuto infermieristico in grado di prendersi cura del soggetto;
- idoneità delle condizioni abitative o possibilità di renderle tali con interventi di assistenza abitativa: tale idoneità è rilevata mediante scheda di valutazione sociale standardizzazione che valuta la situazione familiare e di integrazione sociale dell'assistito, la sua situazione assistenziale, abitativa, ecc.;
- elaborazione del piano di assistenziale personalizzato con obiettivi, tipologia, frequenza, durata degli interventi: il Piano condiviso con il Paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto. Il piano di assistenza individualizzato deve essere aggiornato, almeno ogni sei mesi;
- elaborazione del programma e svolgimento della progressiva rivalutazione degli utenti già in carico, secondo modalità integrate, per verificare la sussistenza dei requisiti di ammissione;
- presenza del requisito della residenza: sono ammessi al Servizio i residenti del Comune di competenza;
- presa visione delle condizioni economiche e compartecipazione ai costi degli utenti;

L'accesso di nuovi utenti al Servizio A.D.I. e le dimissioni avvengono solo a seguito della valutazione socio-sanitaria congiunta, nelle modalità negoziate tra ASL e l'Équipe. Se la richiesta di assistenza proviene dalla rete formale (MMG, Presidi Ospedalieri, Servizio Sociale) essa deve essere effettuata tramite un apposito modulo e trasmesso all'Équipe di valutazione. Se la richiesta invece proviene dal diretto interessato o dalla rete informale (famiglia, vicinato, volontariato, ecc.) essa deve essere sempre orientata ( se accreditati con il SSR) alla rete formale territoriale (MMG,

Presidi Ospedalieri, Servizio Sociale) la quale soltanto è abilitata ad effettuare la valutazione di 1° livello della domanda ed eventuale “scheda di proposta per l’accesso”.

#### *Scheda di Accesso*

La scheda di proposta per l’accesso contiene in forma schematica domande chiuse in modo da consentire l’elaborazione informatica dei seguenti elementi:

- dati anagrafici del cittadino;
- indicazioni generali di carattere socio-ambientale e relativi alle condizioni abitative ed ambientali, alla situazione del nucleo di convivenza, alla rete familiare e sociale di supporto presente, alle condizioni economiche del soggetto e del nucleo familiare;
- condizioni generali di salute, diagnosi clinica e patologie presenti;
- apparenti condizioni di autonomia ed autosufficienza, deambulazione, capacità relazionali;
- principali referenti territoriali da attivare per la valutazione multidimensionale (MMG, Specifiche Unità Operative Distrettuali, Servizio Sociale).

#### *Liste di Attesa Pazienti*

Le liste d’attesa sono gestite dal Care Manager.

### **PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO**

Il piano di assistenza individualizzato è redatto dall’Équipe multidimensionale e tiene conto delle aspettative e priorità del Paziente e dei familiari, delle sue menomazioni, disabilità, e soprattutto, delle abilità residue e recuperabili oltre che dei fattori ambientali, personali e familiari e deve definire esplicitamente ed in maniera analitica:

- gli obiettivi ed i risultati che si intendono raggiungere sia riguardo al Paziente che ai suoi familiari i quali possono talvolta costituire un target prioritario dell’intervento
- il regime prestazionale ed il suo livello di intensità e durata;
- le azioni, la tipologia delle prestazioni e le figure professionali impegnate;
- la qualità, la modalità, la frequenza e la durata (numero di accessi MMG, consulenze specialistiche programmate, numero ore giornaliere e settimanali di assistenza domiciliare, ecc.)

di ogni tipologia d'intervento, prestazione necessaria al raggiungimento degli esiti previsti e desiderati;

- la disponibilità, la qualità di presidi e materiali vari;
- l'individuazione (competenze e funzioni) delle figure di riferimento, ad esempio referente familiare e responsabile della presa in carico;
- la durata complessiva del progetto;
- gli strumenti (riunione di verifica e coordinamento, ecc., scheda, registri, diario clinico, indicatori di processo e di risultato, report, ecc.), le scadenze ed i metodi della verifica del progetto personalizzato, con particolare attenzione alla:
  - valutazione periodica dei risultati;
  - verifica della congruità delle risorse impegnate agli obiettivi prefissati;
  - modalità per garantire la verifica delle prestazioni effettuate da altri soggetti (privato sociale, volontariato, ecc.).

Il piano di assistenza individualizzato è comunicato in modo comprensibile ed appropriato al Paziente ed ai suoi familiari, dove necessario, e da questi approvato e sottoscritto. Il PAI si ottiene dalla graduale compilazione della cartella clinica elettronica ed è accessibile dai dispositivi mobili a disposizione dell'Équipe di riferimento.

### **SEGRETERIA ORGANIZZATIVA DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI DOMICILIARI**

La segreteria organizzativa provvede:

- alla fornitura a chiunque ne faccia richiesta, anche telefonica, sul sistema delle cure domiciliari e sulle modalità di accesso allo stesso;
- all'accoglimento di tutte le segnalazioni richieste, relative al bisogno di cure ed interventi domiciliari (qualsiasi forma di assistenza domiciliare, dalla più semplice alla più complessa).

La segreteria organizzativa costituisce il riferimento per i Pazienti, i familiari e i medici e gli altri operatori.

Dovranno essere predisposti appositi programmi informativi e formativi per gli operatori e predisposte modalità d'informazione all'utenza.

### **CONTROLLI DI QUALITÀ**

La SERENISSIMA S.r.l. si pone come obiettivo irrinunciabile quello di offrire agli Assistiti un servizio di qualità, attraverso un'organizzazione efficiente, gestita da personale qualificato, motivato e capace, finalizzata a livelli di eccellenza in termini di puntualità, cortesia, capacità professionale.

La SERENISSIMA S.r.l. considera la Qualità e gli strumenti utilizzabili per erogarla e controllarla uno dei punti di forza della propria *mission*; è in possesso di una certificazione TUV certificato N50 100 9256/1 - Rev.002 per i servizi di RSA e, a tal fine, è in strutturazione il sistema di gestione qualità per l'ottenimento della certificazione del Sistema di Gestione Qualità UNI EN ISO 9001:2015 per i servizi per l'Assistenza Domiciliare Integrata.

Tale Sistema viene costantemente verificato e migliorato a cura del Referente della Qualità interno e dalla Direzione, in collaborazione con lo Staff di Gestione della Qualità della SERENISSIMA S.r.l..

Tuttavia, la valutazione della qualità percepita dagli Utenti è l'indicatore più efficace della validità delle scelte operate e, pertanto, tutte le osservazioni e i reclami dei Pazienti e dei familiari costituiscono uno strumento prezioso per il continuo miglioramento del livello delle prestazioni erogate, e possono essere presentati verbalmente o per iscritto in qualsiasi momento alla Direzione e sono gestiti per chiusura e trattamento in base alle procedure stabilite.

### **RILASCIO CERTIFICATI E COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

L'Assistito o la persona da lui espressamente delegata, ovvero i soggetti titolari della tutela e curatela, possono richiedere certificati o copia della documentazione sanitaria con modalità scritta alla Segreteria del Centro di Assistenza Domiciliare. Il rilascio della copia è a pagamento ed avviene con le stesse modalità stabilite dalla normativa per il rilascio delle cartelle cliniche.

## **TUTELA DELLA PRIVACY**

La SERENISSIMA S.r.l., di cui fa parte la MYOSOTIS ASSISTENZA DOMICILIARE INFERMIERISTICA garantisce che il trattamento delle informazioni personali e sensibili dei propri Pazienti e dei loro Familiari/Accompagnatori, avvenga nel rispetto della disciplina in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 (c.d. RGPD) e D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196) e dei principi fondamentali dalla stessa sanciti.

La Società tratterà infatti i dati personali e sensibili degli interessati esclusivamente per gestire, da un punto di vista amministrativo e sanitario, i rapporti con i Pazienti.

Per il perseguimento delle predette finalità il Titolare comunicherà le informazioni personali del Paziente al Personale addetto al Servizio (ciascuno nell'ambito delle proprie mansioni) e allo staff medico.

Al momento dell'accesso al Servizio, il Paziente e il suo referente verranno informati sulla Titolarità del trattamento, sulle finalità e su quanto necessario ad un corretto adempimento di quanto stabilito dal Regolamento UE 2016/679.

### *- Consenso Informato*

Il Paziente ed i suoi familiari/Referente Garante sono informati in modo chiaro, esauriente e comprensibile riguardo alle cure e procedure medico-assistenziali messe in atto.

Nel caso in cui siano necessarie pratiche terapeutiche particolari, viene richiesto al Paziente e/o al Garante da parte del Medico Responsabile il consenso scritto a procedere.

## **SUGGERIMENTI, RECLAMI E VALUTAZIONE DEI SERVIZI OFFERTI**

La possibilità di formulare suggerimenti e reclami è un elemento basilare ed imprescindibile della tutela dei diritti dei cittadini.

Si ritiene quindi di fondamentale importanza garantire tali diritti anche al fine di poter sempre migliorare le nostre prestazioni e la qualità dei servizi offerti.

I suggerimenti e i reclami, compilati su apposita modulistica, dovranno essere presentati all'Ufficio



Amministrativo e contenere tutte le indicazioni necessarie per l'individuazione della problematica in oggetto.

Entro e non oltre 30 giorni la Direzione, espletate le procedure del caso, darà risposta agli interessati, attivando tutti i provvedimenti necessari per garantire sempre comunque i diritti dei Pazienti.

Alla chiusura del servizio erogato in assistenza domiciliare la Direzione consegna ai Caregiver e agli assistiti un Questionario di Valutazione del Servizio che viene analizzato e i cui risultati vengono restituiti agli interessati ed utilizzati per il miglioramento continuo dei servizi.

## DIRITTI DEL MALATO

MYOSOTIS A.D.I. riconosce la **Carta Europea dei Diritti del Malato** quale linea guida fondamentale per la tutela dei diritti e della dignità di ogni cittadino che, in modo permanente o temporaneo, si trova in una situazione di fragilità dovuta ad handicap o malattia.

La Carta Europea dei Diritti del malato proclama 14 diritti dei pazienti che, nel loro insieme, mirano a garantire un “alto livello di protezione della salute umana” (Articolo 35 della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea) assicurando l’elevata qualità dei servizi erogati dai diversi sistemi sanitari nazionali in Europa.

I quattordici diritti sono una concretizzazione di diritti fondamentali e, come tali, devono essere riconosciuti e rispettati indipendentemente da limitazioni finanziarie, economiche o politiche, tenendo conto dei criteri di appropriatezza.

Il rispetto di questi diritti implica il soddisfacimento sia di requisiti tecnici e organizzativi, sia di modelli comportamentali e professionali e implica che sia i cittadini che tutti gli attori del sistema sanitario assumano le proprie responsabilità. I diritti sono infatti sempre correlati con doveri, impegni e responsabilità.

La Carta si applica a tutti i cittadini, riconoscendo il fatto che le differenze, come l’età, il genere, la religione, lo status socio-economico, il livello di alfabetizzazione, ecc., possono influenzare i bisogni individuali di assistenza sanitaria.

### 1. Diritto a misure preventive

Ogni individuo ha diritto a servizi appropriati per prevenire la malattia.

### 2. Diritto all’accesso

Ogni individuo ha il diritto di accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede. I servizi sanitari devono garantire eguale accesso a ognuno, senza discriminazioni sulla base delle risorse finanziarie, del luogo di residenza, del tipo di malattia o del momento di accesso al servizio.

### 3. Diritto all’informazione

Ogni individuo ha il diritto di accedere a tutte le informazioni che riguardano il suo stato di salute, i servizi sanitari e il modo in cui utilizzarli, nonché a tutte quelle informazioni che la ricerca scientifica e l’innovazione tecnologica rendono disponibili.

### 4. Diritto al consenso

Ogni individuo ha il diritto di accedere a tutte le informazioni che possono metterlo in grado di partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la sua salute. Queste informazioni sono un prerequisito per ogni procedura e trattamento, ivi compresa la partecipazione alle sperimentazioni.

## 5. Diritto alla libera scelta

Ogni individuo ha il diritto di scegliere liberamente tra differenti procedure ed erogatori di trattamenti sanitari sulla base delle informazioni adeguate.

## 6. Diritto alla privacy e alla confidenzialità

Ogni individuo ha il diritto alla confidenzialità delle informazioni di carattere personale, incluse quelle che riguardano il suo stato di salute e le possibili procedure diagnostiche o terapeutiche, così come ha diritto alla protezione della sua privacy durante l'attuazione di piani diagnostici, visite specialistiche e trattamenti medico-chirurgici in generale.

## 7. Diritto al rispetto del tempo dei pazienti

Ogni individuo ha il diritto a ricevere i necessari trattamenti sanitari in tempi brevi e predefiniti. Questo diritto si applica a ogni fase del trattamento.

## 8. Diritto al rispetto di standard qualitativi

Ogni individuo ha il diritto di accedere a servizi sanitari di alta qualità, sulla base della definizione e del rispetto di standard ben precisi.

## 9. Diritto alla sicurezza

Ogni individuo ha il diritto di non subire danni derivati dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari o da errori medici e ha il diritto di accedere a servizi e trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di sicurezza.

## 10. Diritto all'innovazione

Ogni individuo ha il diritto di accedere a procedure innovative, incluse quelle diagnostiche, in linea con gli standard internazionali e indipendentemente da considerazioni economiche o finanziarie.

## 11. Diritto ad evitare sofferenze dolore non necessario

Ogni individuo ha il diritto di evitare quanta più sofferenza possibile, in ogni fase della sua malattia.

## 12. Diritto a un trattamento personalizzato

Ogni individuo ha il diritto a programmi diagnostici o terapeutici il più possibile adatti alle sue esigenze personali.

## 13. Diritto al reclamo

Ogni individuo ha il diritto di reclamare ogni qualvolta abbia subito un danno e di ricevere una risposta.

## 14. Diritto al risarcimento

Ogni individuo ha il diritto di ricevere un risarcimento adeguato, in tempi ragionevolmente brevi, ogni qualvolta abbia subito un danno fisico, morale o psicologico causato dai servizi sanitari.

## SEDI E CONTATTI

### SEDE CENTRALE OPERATIVA ADI

VIA 8 MAGGIO, 4 - SORIANO NEL CIMINO (VT)



**+39 0761 174 1476**



**ADI@RESIDENZASERENISSIMA.IT**

GLI UFFICI RICEVONO PREVIO APPUNTAMENTO  
DA LUNEDÌ A VENERDÌ DALLE 8:00 ALLE 18:00 E IL  
IL SABATO DALLE 9:00 ALLE 13:00.

### SITO WEB



**[HTTPS://RESIDENZASERENISSIMA.IT/DOMICILIARE/](https://residenzaserenissima.it/domiciliare/)**

### REPERIBILITA' TELEFONICA



**+39 0761 176 9939**

REGIONE LAZIO , DGR N. 1139 .DEL 23.12.2024- ACCREDITAMENTO ASSISTENZA DOMICILIARE  
RIVOLTA A PERSONE PARZIALMENTE TEMPORANEAMENTE O TOTALMENTE NON AUTOSUFFICIENTI