



**ANFFAS**<sup>ONIS</sup>  
dal 1958 la persona al centro

**ROMA**

*Associazione Famiglie di Persone con Disabilità Intellettiva e/o Relazionale*

Sede Legale/Amministrativa: Via Aurelia Antica 269/289 - 00165 Roma

C. Fiscale e P. IVA: 07009661005 - Personalità Giuridica n. 61/2002

Tel: 06.635263 - Tel. e Fax: 06.634785 - Sito web: [www.anffasroma.eu](http://www.anffasroma.eu)

E mail: [anffas.roma@tiscali.it](mailto:anffas.roma@tiscali.it) - PEC: [anffas.roma@postecert.it](mailto:anffas.roma@postecert.it)

Member of CISQ Federation



CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM  
ISO 9001

## **REGOLAMENTO INTERNO "CASALETTO"**

**MICROSTRUTTURA SOCIO-RIABILITATIVA  
A REGIME RESIDENZIALE**

**SITA IN VIA AURELIA ANTICA 289/ROMA (VILLA PAMPILI)**

Decreto del Commissario ad Acta n. 434/2012 punto 4.2.3 (e s.m.i.) – D.G.R. n. 979/2020

**DIRETTORE SANITARIO: Dott. MASSIMO CERCIELLO**

**ANNO 2024 - 2025**



# **REGOLAMENTO INTERNO "CASALETTO"**

## **MICROSTRUTTURA SOCIO-RIABILITATIVA A REGIME RESIDENZIALE**

**SITA IN VIA AURELIA ANTICA 289/ROMA (VILLA PAMPILI)**

(accreditata con Decreto Commissariale Regione Lazio n. 81/2019 – Delibera Giunta Regionale n. 220/2021)

**DIRETTORE SANITARIO: DOTT. MASSIMO CERCIELLO**

**PREMESSA (POLITICA E FATTORI DI QUALITA')  
UBICAZIONE, ORARIO DI APERTURA E RIFERIMENTI TELEFONICI**

**I DESTINATARI DEL SERVIZIO RESIDENZIALE/UTENTI**

**MODALITÀ DI ACCESSO**

**IL PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE**

**IL DIRETTORE SANITARIO/L'EQUIPE/ORGANIGRAMMA E FUNZIONIGRAMMA**

**PROCEDURE E PROTOCOLLI OPERATIVI**

**LISTA D'ATTESA**

**GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO/ATTREZZATURE PER IL PRIMO SOCCORSO**

**COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA E CONDIVISIONE**

**FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO**

**ASPETTI IGIENICO-SANITARI/PIANO DI AUTOCONTROLLO HACCP (IGIENE DEGLI  
ALIMENTI)**

**GESTIONE DEI FARMACI/DIETA MEDICA**

**TUTELA DELLA "PRIVACY"/SISTEMA INFORMATICO E INFORMATIVO**

**MODALITA' DI TUTELA E VERIFICA/ESPRESSIONE DEL RECLAMO E QUESTIONARI.**



## ✓ PREMESSA (POLITICA E FATTORI DI QUALITA')

L'Associazione ANFFAS ROMA ONLUS si propone precipuamente di assicurare la tutela e il benessere delle persone con disabilità intellettiva e/o relazionale e delle loro famiglie, operando primariamente per rendere concreti i principi della pari opportunità, della non discriminazione e della inclusione sociale:

- ❖ a livello politico, per ottenere normative adeguate ai bisogni;
- ❖ a livello sociale e culturale, per favorire concreti processi di reale integrazione contro ogni forma di esclusione e di emarginazione;
- ❖ a livello di promozione e di realizzazione di servizi sanitari, sociali, socio sanitari, educativi e assistenziali, nonché di ogni altra attività – anche formativa – nel rispetto delle finalità statutarie, riferendosi costantemente al modello della “presa in carico” globale.



Gli obiettivi di grande respiro dell'Associazione ANFFAS ROMA ONLUS sono tesi ad affermare il valore della persona con disabilità  
IN QUANTO PERSONA,  
portatrice quindi di valori e di diritti che appartengono alla sfera dei DIRITTI UMANI universalmente e solennemente sanciti dall'ONU, a fondamento perenne dell'intera comunità internazionale. Tali diritti non vanno riferiti soltanto ai servizi, all'assistenza, agli aiuti economici e fiscali, ma anche a UNA VITA SOCIALE DEGNA DI ESSERE VISSUTA, ricca di significato, da valutare non solo attraverso le condizioni materiali, **ma anche esistenziali.**

Tra i <**FATTORI DI QUALITA'**>, così come evidenziati nella “Carta dei Servizi ANFFAS”, si ritengono prioritari l'UMANIZZAZIONE e la PERSONALIZZAZIONE degli interventi e delle attività in genere, quale atteggiamento di base peculiare a ciascun operatore impegnato nel delicato compito della “presa in carico” di persone con disabilità.

L'umanizzazione e la personalizzazione comportano il recupero di valori umanitari e di solidarietà, la “considerazione positiva” autentica verso i bisogni soggettivi del singolo utente e l'ascolto “empatico”, ossia la capacità dell'operatore di mettersi negli altrui panni. Il concetto di personalizzazione non significa semplicemente la generica necessità di rendere il servizio *più accogliente, meno burocratico e freddo*; infatti, il concetto di personalizzazione, nel linguaggio dei “servizi alla persona”, sempre più indica la “sostanza” e il “modo” dell'assistenza: personalizzare significa dunque “adattare” e condizionare l'azione professionale alla soggettività che la persona esprime come “portatrice di bisogni”. Non è dunque l'utente che può o deve adattarsi all'offerta assistenziale della struttura, ma il contrario: ogni operatore è chiamato a “modulare” il tipo d'intervento in funzione della particolare persona umana che ha preso in carico.

## ✓ UBICAZIONE, ORARIO DI APERTURA E RIFERIMENTI TELEFONICI

La microstruttura socio-sanitaria di ANFFAS ROMA ONLUS (denominata “Casaletto” - per complessivi otto posti letto, in attesa che divengano dieci), sita in Roma, via Aurelia Antica 289/Villa Pamphili, in quanto a regime residenziale, è **aperta ogni giorno, tutto l'anno, ventiquattr'ore su ventiquattro.**

### **TELEFONI/FAX/SITO ISTITUZIONALE**

Tel. 06.39367861 - 06.635263 - tel./fax: 06.634785 - e-mail: [anffas.roma@tiscali.it](mailto:anffas.roma@tiscali.it)

Sito Istituzionale: [www.anffasroma.it](http://www.anffasroma.it)

### **ORARIO PASTI** (con una certa flessibilità)

- Prima Colazione: ore 7.30-8.00
- Pranzo: ore 12.30-13.00
- Merenda: ore 16.00-16.30
- Cena: ore 20.00-20.30.

## ✓ **I DESTINATARI DEL SERVIZIO RESIDENZIALE/UTENTI**

I “**destinatari diretti**” del servizio erogato dalla struttura in oggetto - da definire quali **utenti** - sono persone con ritardo mentale, in genere di grado medio-grave, di età adulta, persone per le quali si ritiene non si siano comunque esperite tutte le diverse possibilità di tipo educativo e abilitativo-funzionale.

Il gruppo è prevalentemente caratterizzato da:

- difficoltà e limitazione di vario grado nelle autonomie di base, relativamente alla cura della propria persona (lavarsi e asciugarsi – badare a singole parti del corpo – bisogni fisiologici – mangiare e bere – vestirsi e svestirsi – prendersi cura della propria salute) e allo svolgimento di compiti semplici e/o complessi della vita quotidiana in genere (iniziare un compito – organizzare il tempo e i materiali – affrontare le distrazioni - eseguire al ritmo adeguato – completare un compito – svolgere un compito da solo o in gruppo – sostenere lo sforzo fisico e mentale richiesto);
- difficoltà e limitazione di vario grado nelle attività interpersonali semplici e/o complesse (rispetto – cordialità – tolleranza nelle relazioni – contatto fisico adeguato – regolazione delle emozioni e impulsi nelle interazioni anche in riferimento all’aggressione verbale e/o fisica);
- difficoltà e limitazione di vario grado nei processi basilari dell’apprendimento (guardare intenzionalmente - ascoltare - osservare – prestare attenzione – copiare – imitare – ripassare – acquisizione di abilità – problem solving);
- difficoltà e limitazione di vario grado nelle attività motorie (mantenere e cambiare una posizione corporea – trasportare, spostare e manipolare oggetti – camminare – salire – eccetera.);
- difficoltà e limitazione di vario grado nelle attività di comunicazione (comprensione di messaggi verbali e non – comprensione di messaggi scritti – produzione di messaggi verbali e non – produzione di messaggi scritti – attività di conversazione);
- problematicità psicopatologiche (appropriatezza dell’emozione – tensione – ansietà – labilità – appiattimento – controllo del pensiero – incoerenza del pensiero – tangenzialità – manie – ossessioni – compulsioni).

## ✓ **MODALITÀ DI ACCESSO**

### 1) *Visita di accettazione*

All’atto della prima visita, il Neurologo di riferimento/Medico Responsabile, anche attraverso un colloquio con la famiglia, acquisisce le notizie anamnestiche e stabilisce la “*diagnosi di ingresso*” del nuovo, eventuale utente e le sue possibilità socio-riabilitative d’inserimento, compatibilmente con i requisiti strutturali e processuali della residenza, non ultimo compatibilmente con il gruppo.

Prima dell’eventuale inserimento, diventa comunque “conditio sine qua non” l’atto autorizzativo alla presa in carico riabilitativa territoriale, a cura della competente Azienda ASL, ai sensi della vigente normativa sanitaria regionale. Anche la proroga rimane a cura dell’Azienda ASL (su proposta del Medico Responsabile interno).

### 2) *Fase di ingresso*

Nel successivo periodo di accettazione, i seguenti tecnici della riabilitazione effettuano, ciascuno per il proprio settore d’interesse, la “*valutazione funzionale*”:

Psicologo – Educatore Professionale – Fisioterapista.

Le suddette figure professionali, in équipe riabilitativa, elaborano dunque un primo “progetto riabilitativo individuale” per il nuovo utente, con l’esplicitazione di obiettivi (a breve e medio termine) e piani operativi di lavoro.

L’operatore O.S.S. (Operatore Socio Sanitario) concorre significativamente nella pratica quotidiana al raggiungimento e al mantenimento delle autonomie di base e cura della persona, tutelandola e supportandola lungo un determinato tracciato riabilitativo.

## ✓ **IL PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE**

Il complesso delle attività e dei servizi viene regolato dal “Progetto Riabilitativo Individuale” puntualmente tracciato nella cosiddetta “*Cartella Clinica Riabilitativa*”, come da allegato 1 della D.G.R. n. 583 del 10.05.2002; gli utenti, a seconda delle proprie specifiche disabilità, fruiscono così di trattamenti riabilitativi rinnovabili (Linee-guida Ministero della Sanità 7 maggio 1998; D.G.R. n. 398/2000 – D.G.R. n. 583/2002 – Decreto Commissariale Regionale n. 39/2012).



Indispensabile nel lavoro per progetti è l'approccio multidisciplinare: ogni percorso riabilitativo viene cioè affrontato "insieme", da una squadra integrata di operatori sanitari e socio-sanitari costituita intorno alla persona; ogni operatore mette a disposizione la propria specifica professionalità e competenza, modellandosi e integrandosi, al tempo stesso, alle professionalità e competenze degli altri componenti l'équipe socio-riabilitativa, concorrendo, in maniera il più possibile congiunta, alla crescita della persona in trattamento.

#### *OBIETTIVI DI BASE STABILITI IN UN PROGETTO SOCIO-RIABILITATIVO*

- Regolazione e appropriatezza delle emozioni e dell'affettività
- Controllo del pensiero in relazione a: incoerenza, manie ed ossessioni
- Adeguatezza nelle relazioni interpersonali semplici e/o complesse in famiglia e nel contesto sociale in genere (nel senso del rispetto, cordialità, tolleranza, adesione alle regole, moderazione d'impulsi e aggressività)
- Apprendimento e svolgimento di compiti semplici e/compleksi (iniziare – organizzare il tempo e i materiali – affrontare le distrazioni – eseguire nella giusta sequenza – completare); attività di pensiero – problem solving
- Cura della propria persona, ovvero lavarsi e asciugarsi, occuparsi del proprio corpo e delle sue parti, vestirsi, mangiare
- Potenziamento della comunicazione verbale (relativamente al tono, volume, fluidità dell'eloquio) – conversazione
- Potenziamento della tonicità muscolare.

#### *CONTENUTI INFORMATIVI DEL PROGETTO SOCIO-RIABILITATIVO INDIVIDUALE*

- a. caratteristiche della struttura
- b. dati anagrafici dell'utente
- c. modalità di richiesta dell'intervento
- d. profilo complessivo della condizione di disabilità (Manuale ICF)
- e. definizione del livello di gravità della disabilità complessiva
- f. descrizione della/e disabilità oggetto dell'intervento (al tempo 0)
- g. definizione del livello di gravità della/e disabilità oggetto dell'intervento (al tempo 0)
- h. data di inizio dell'intervento
- i. durata prevista dell'intervento
- j. modalità di erogazione dell'intervento
- k. attività e procedure che verranno utilizzate nella effettuazione dell'intervento
- l. definizione dell'impegno assistenziale richiesto in personale e attrezzature
- m. n° complessivo di contatti necessari per la realizzazione dell'intervento
- n. obiettivo dell'intervento terapeutico-riabilitativo.

#### *CONTENUTI INFORMATIVI DEL PROGETTO SOCIO-RIABILITATIVO INDIVIDUALE*

##### *(RAPPORTO CONCLUSIVO)*

- a. descrizione della/e disabilità oggetto dell'intervento (alla fine dell'intervento)
- b. definizione del livello di gravità della/e disabilità oggetto dell'intervento (alla fine dell'intervento)
- c. data di conclusione dell'intervento
- d. attività e procedure utilizzate nella effettuazione dell'intervento
- e. riduzione della disabilità trattata.

Per la definizione del profilo complessivo della condizione di disabilità dell'utente, delle disabilità oggetto dell'intervento, nonché del livello di gravità, si fa uso del "Manuale della Classificazione Internazionale del Funzionamento e delle Disabilità" ICF dell'OMS, con i relativi codici alfanumerici e qualificatori delle menomazioni delle funzioni e limitazioni delle attività. Vengono altresì applicati:

- l'indice di Barthel, per la valutazione delle capacità funzionali di base;
- lo Short Portable Mental Status Questionnaire (S.P.M.S.Q.), per la valutazione dell'aspetto cognitivo;
- S.V.A.M.A. Modificata, per la valutazione degli aspetti sensoriali e di comunicazione;
- WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children);
- WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale);
- Vineland Adaptive Behaviour Scale;
- Bender Gestalt Visual Test;
- Portfolio Astrid; FIM; eccetera.

L'attività "educativo-riabilitativa" è di fatto protagonista di ciascun Progetto Riabilitativo Individuale, investendo numerose aree; i vari programmi d'intervento sono tarati secondo le caratteristiche del singolo utente:

#### AREA SENSO-PERCETTIVA

- Utilizzo funzionale dei sensi residui e dei sensi vicarianti, finalizzato all'acquisizione (e al mantenimento) delle abilità utilizzabili nelle varie espressioni comunicative e dell'autonomia personale, relazionale e operativa.

#### AREA COGNITIVA

- Sollecitazione delle funzioni attentive per l'acquisizione dei prerequisiti dell'apprendimento dei concetti di base e – quando possibile – di fondamentali conoscenze scolastiche.
- Sollecitazione dei processi di apprendimento e delle competenze cognitive in termini di intelligenza senso-motoria, intelligenza rappresentativa e *problem solving*, nonché delle abilità integranti.

#### ORIENTAMENTO E MOBILITA'

- Sviluppo delle competenze percettive, cognitive e psicomotorie ai fini dell'acquisizione delle abilità necessarie per l'orientamento e la mobilità; successivo insegnamento di tecniche per lo spostamento autonomo in ambiente conosciuto o esterno.
- Realizzazione e personalizzazione di ausili per l'orientamento, la premobilità e lo spostamento e insegnamento per il loro corretto utilizzo.

#### AREA DELLA COMUNICAZIONE

- Sviluppo della distinzione del sé e del non-sé per procedere alla relazione con l'altro e con l'ambiente circostante; sviluppo dell'intenzionalità al dialogo.
- Sviluppo della componente ricettiva ed espressiva (apprendimento e utilizzo dei codici comunicativi).
- Sviluppo del linguaggio attraverso terapie logopediche.
- Realizzazione e personalizzazione di ausili tecnologici per incentivare e facilitare la comunicazione.

#### AREA MOTORIA

- Sviluppo e rafforzamento delle abilità grosso-motorie.
- Sviluppo o acquisizione delle abilità fini-motorie, di coordinazione da utilizzare nelle aree.
- Impiego della fisiocinesiterapia per il corretto assetto delle posture e della deambulazione.
- Individuazione e abilitazione all'uso di protesi e ausili per la deambulazione.
- Sviluppo della conoscenza del proprio corpo e delle funzioni delle varie parti in relazione alla coscienza del proprio corpo rispetto allo spazio.

#### AREA ADATTIVO-SOCIALE

- Sviluppo delle abilità di gestione delle proprie emozioni e dell'autocontrollo comportamentale nelle varie situazioni di vita quotidiana e nel rapporto con l'altro.
- Sviluppo di un armonico ed equilibrato concetto di sé e di autostima.
- Sviluppo di rapporti soddisfacenti nelle interazioni con gli altri e con gli oggetti.
- Sollecitazione di comportamenti adattivo-sociali funzionali e in relazione ad ambienti esterni ecologicamente rilevanti (negozi, strutture ricreative, mezzi pubblici, eccetera).
- Programmazione di tirocini in ambienti di lavoro per giovani-adulti con buone possibilità di apprendimento.

#### AREA DELL'AUTONOMIA PERSONALE

- Mantenimento delle abilità raggiunte e potenziamento delle competenze nelle azioni di cura della propria persona: lavarsi, vestire, mangiare, controllo sfinterico.
- Sviluppo, acquisizione e recupero dell'autonomia nell'uso e nella cura degli indumenti.
- Sviluppo, potenziamento e consolidamento delle abilità di gestione, delle attività domestiche e di cucina.
- Sviluppo e potenziamento delle abilità prelaborative.

### ✓ **IL DIRETTORE SANITARIO**

**FINALITA':** il Direttore Sanitario pianifica e dirige il servizio socio-sanitario/riabilitativo in accordo ai principi fondamentali e generali indicati nella "Carta dei Servizi" ANFFAS e alla vigente normativa socio-sanitaria nazionale e regionale.



#### COMPETENZE E AUTORITY SPECIFICHE:

- coordina la progettazione, la pianificazione e la gestione dei servizi socio-sanitari;
- cura i rapporti con le Aziende ASL in merito ai Progetti Riabilitativi Individuali in atto;
- dirige, coordina e verifica l'attività del personale sanitario e socio-sanitario;
- sovrintende all'erogazione, identificazione, rintracciabilità e verifica del servizio sanitario fornito;
- sovrintende all'archiviazione, consultazione e rilascio di copia della cartella clinica riabilitativa e di altra documentazione sanitaria;
- vigila sulla salubrità, condizioni igienico-sanitarie e sicurezza degli ambienti di lavoro nonché sulla corretta applicazione dell'HACCP;
- formula, sentiti i responsabili di settore, il piano annuale di formazione del personale;
- approva le richieste d'acquisto di strumentario sanitario-riabilitativo ed ergoterapico, da inoltrare al Direttore Generale e al Presidente dell'Associazione.

Il Direttore Sanitario della microstruttura socio-riabilitativa residenziale "Casaletto", sita in via Aurelia Antica 289 – 00165 Roma, è il **dott. Massimo Cerciello**, laureato in Medicina e Chirurgia con **specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitazione** presso l'Università di Roma "La Sapienza", è iscritto dal 02.05.1989 all'Albo Professionale dei Medici Chirurghi dell'Ordine Provinciale di Roma n. d'ordine 40517.

#### ✓ L'EQUIPE SOCIO-RIABILITATIVA

L'Equipe Riabilitativa Interdisciplinare, ai sensi della D.G.R. n. 583/2002 (e s.m.i.), è composta dalle figure professionali che condividono la "presa in carico" dell'utente e concorrono, ognuno per le proprie competenze, al raggiungimento degli obiettivi fissati nei progetti socioriabilitativi individuali in atto. I componenti dell'Equipe Socio-Riabilitativa sono di seguito elencati:

- Neurologo (all'occorrenza, anche Fisiatra)
- Infermiere professionale
- Psicologo
- Fisioterapista
- Educatore professionale
- Assistente sociale
- O.S.S. (Operatore Socio-Sanitario).

Il **Medico Responsabile** - designato dal Direttore Sanitario - coordina l'équipe riabilitativa interdisciplinare impegnata nei correnti progetti riabilitativi individuali (P.R.I.), della cui implementazione ha la responsabilità, ai sensi della vigente normativa sanitaria regionale.

Indispensabile nel lavoro per progetti è l'approccio multidisciplinare: ogni percorso riabilitativo viene cioè affrontato "insieme", da una squadra integrata di operatori sanitari e socio-sanitari costituita intorno alla persona; ogni operatore mette a disposizione la propria specifica professionalità e competenza, modellandosi e integrandosi, al tempo stesso, alle professionalità e competenze degli altri componenti l'équipe riabilitativa, concorrendo, in maniera il più possibile congiunta, alla crescita della persona in trattamento.

L'Equipe Riabilitativa ha il compito di:

- elaborare il progetto riabilitativo individuale;
- definire, nelle linee generali, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine;
- programmare le azioni e determinare le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati;
- verificare periodicamente la validità degli interventi programmati e valutare i risultati ottenuti.

L'Equipe Riabilitativa è l'espressione di diverse professionalità, ognuna delle quali assume un ruolo importante nell'organizzazione del percorso integrato socio-sanitario, favorendo la connessione tra programmi d'intervento sanitario e interventi sociali che, orientati a sviluppare e a rendere disponibili le risorse e le potenzialità ambientali, amplificano e rinforzano l'intervento riabilitativo, consentendo l'inserimento e/o il reinserimento della persona con disabilità nei diversi cicli di vita sociale e il miglioramento della sua qualità di vita.

Il confronto tra professionalità diverse rappresenta, inoltre, per gli operatori un'importante opportunità per mettere in discussione il proprio operato e arricchire, nello scambio con gli altri, il proprio bagaglio culturale.

In termini organizzativi e funzionali, sulla base del MODELLO ICF di “presa in carico” della persona con disabilità multipla, adottato per le buone prassi che l'équipe riabilitativa multidisciplinare deve seguire nell'elaborazione dei progetti riabilitativi individuali e nel continuo lavoro congiunto d'implementazione e di verifica, l'operatore sanitario con qualifica di educatore professionale o di terapeuta si occupa della dimensione “ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE”, ciascuno nel rispetto delle proprie peculiarità professionali; a tal riguardo, elabora, mette in atto e verifica programmi e attività (dall' “apprendimento e applicazione delle conoscenze” alla “mobilità”, dalla “cura della propria persona” alle “interazioni e relazioni sociali”, eccetera) che tengano conto delle indicazioni fornite dal medico specialista e dallo psicologo di riferimento nella dimensione che sta “a monte” del progetto stesso, ovvero quella delle “FUNZIONI E STRUTTURE CORPOREE” (dalle “funzioni mentali/psicologiche” alle funzioni dei sistemi cardiovascolare, metabolico ed endocrino, neuromuscoloscheletrico, eccetera).

Inoltre, ciascuna figura si occupa – *sempre con riferimento alla propria specifica area professionale* – d'individuare i “FATTORI AMBIENTALI” più adatti affinché si possano progressivamente ridurre le “limitazioni” riscontrate nella persona in trattamento, facilitando così la sua partecipazione nel contesto di vita.

A tal riguardo e in special modo nella presente realtà residenziale, il ruolo funzionale dell'Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) concorre con particolare rilevanza alla qualità della “presa in carico”.

## ✓ ORGANIGRAMMA E FUNZIONIGRAMMA

Nella tabella che segue, viene esplicitato lo **standard minimo operativo indicato e le figure effettivamente in organico** per la microstruttura residenziale in questione, considerati i previsti dieci posti letto e la tipologia di “presa in carico”, ai sensi e per effetto della vigente Deliberazione Giunta Regione Lazio n. 979/2020 (con il personale effettivo nella colonna a destra).

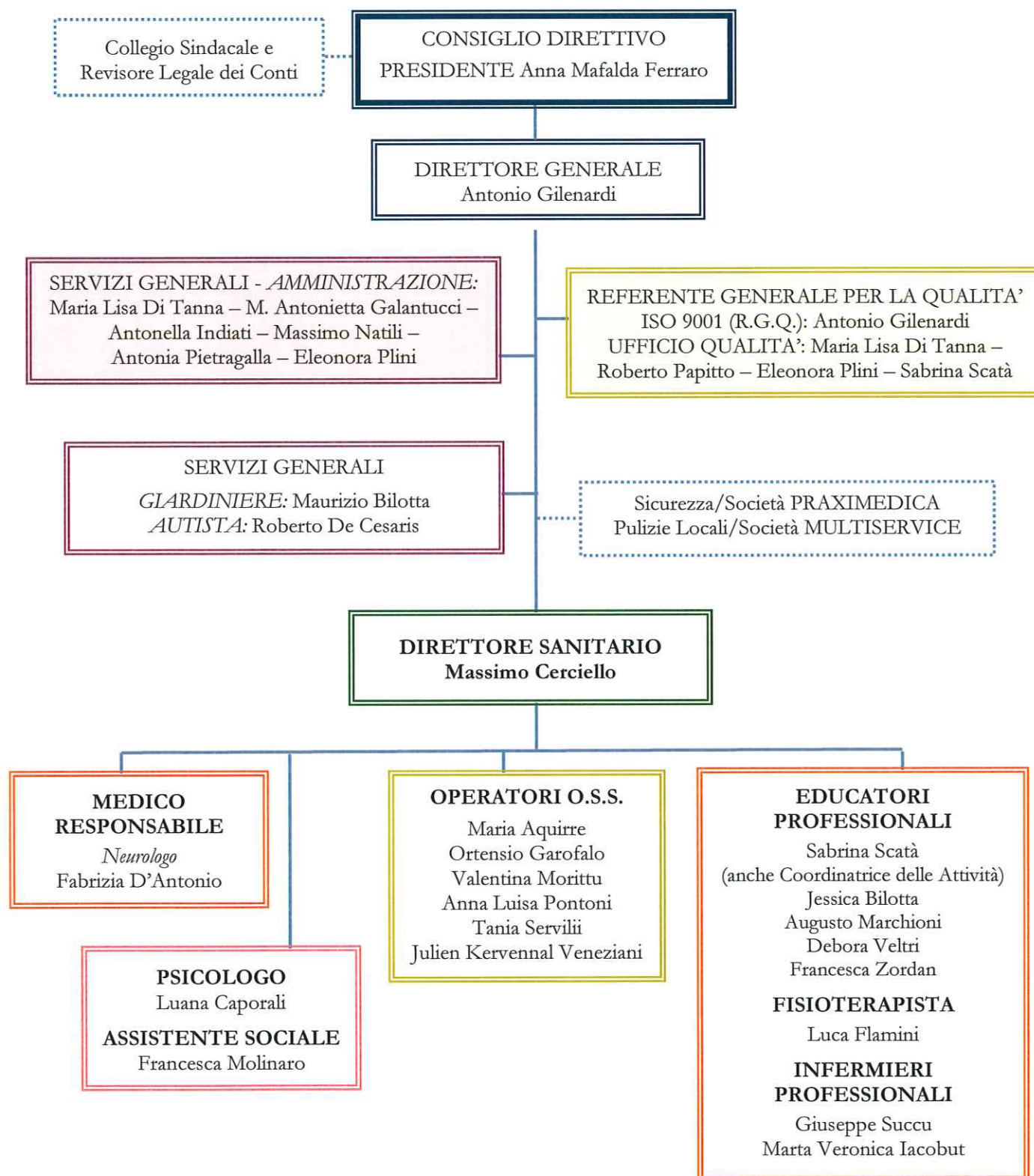
MICRO-RESIDENZA SOCIORABILITATIVA CASALETTO VIA AURELIA ANTICA 289

<b>Riabilitazione residenziale ex mantenimento – Standard minimo per n. 10 posti letto</b>			
Figura professionale	Ore settimanali richieste	Personale minimo richiesto	Personale effettivo
Medico	10	0,3	0,3
Infermiere professionale	36	1	1,2
Psicologo/Assistente sociale	3	0,1	0,1
Professionista riabilitazione (terapista, educatore professionale)	36	1	2
Operatore socio-sanitario (O.S.S.)	108	3	5,2
<b>TOTALE:</b>	193	5,4	8,2

Al fine di assicurare un'adeguata organizzazione del lavoro, è stato nominato - *tra le figure operative di cui sopra* - un Coordinatore delle attività.



## ORGANIGRAMMA MICROSTRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO-RIABILITATIVA **“CASALETTO”**



**PERSONALE OPERANTE PRESSO LA MICROSTRUTTURA RESIDENZIALE CASALETTO**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>	<b>Qualifica</b>	<b>Branca di specialità</b>	<b>Tipo Rapporto</b>	<b>Ore lavorative settimanali</b>
CERCIELLO	MASSIMO	CRCMSM63C08H501V	<b>Direttore Sanitario</b>	Direzione Sanitaria	Libero Professionista (Partita IVA)	2
D'ANTONIO	FABRIZIA	DNTFRZ84S49F839Y	Neurologo (Medico Responsabile)	Neurologia	Libero Professionista (Partita IVA)	10
CAPORALI	LUANA	CPRLNU76A61H501Z	Psicologo	Psicologia	Libero Professionista (Partita IVA)	1,5
MOLINARO	FRANCESCA	MLNFNC99C57H501X	Assistente Sociale	Servizio Sociale	Dipendente	1,5
SCATA'	SABRINA	SCTSRN67E63H501B	Educatore Professionale	Attività Educative (anche coordinamento)	Dipendente	30
SUCCU	GIUSEPPE	SCCGPP59L01L202M	Infermiere Professionale	Servizio infermieristico	Dipendente	38
IACOBUT	MARTA VERONICA	CBTMTV76L51Z129R	Infermiere Professionale	Servizio infermieristico	Dipendente	6
BILOTTA	JESSICA	BLTJSC90C56H501K	Educatore Professionale	Attività Educative	Dipendente	6
MARCHIONI	AUGUSTO	MRCGST72R23D810H	Educatore Professionale	Attività Educative Ergo-terapiche	Dipendente	12
VELTRI	DEBORA	VLTDDBR69D48H981P	Educatore Professionale	Attività Educative Motorie	Dipendente	6
ZORDAN	FRANCESCA	ZRDFNC72T50H501D	Educatore Professionale	Attività Educative	Dipendente	12
FLAMINI	LUCA	FLMLCU66T20H501G	Fisioterapista	Fisioterapia	Dipendente	6
AQUIRRE	MARIA	GRRNYM80E52Z605Y	O.S.S.	Assistenza	Dipendente	38
MORITTU	VALENTINA	MRTVNT79P60H501J	O.S.S.	Assistenza	Dipendente	38
PONTONI	ANNA LUISA	PNTNLS65H41H288P	O.S.S.	Assistenza	Dipendente	38
SERVILII	TANIA	SRVTNA69A69H501U	O.S.S.	Assistenza	Dipendente	38
KERVENNAL VENEZIANI	JULIEN	KRVJNL89E05Z509W	O.S.S.	Assistenza	Dipendente	38
GAROFALO	ORTENSIO	GRFRNS89H12A512O	O.S.S.	Assistenza	Dipendente	8
<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>	<b>Qualifica</b>	<b>Branca di specialità</b>	<b>Tipo Rapporto</b>	
GILENARDI	ANTONIO	GLNNTN57A18L776V	Direttore Generale	Amministrazione	Dipendente	
GALANTUCCI	MARIA ANTONIETTA	GLNMNT60E43H501W	Impiegata amministrativa	Amministrazione	Dipendente	
PLINI	ELEONORA	PLNLNR70S49H501A	Impiegata amministrativa	Amministrazione	Dipendente	
BILOTTA	MAURIZIO	BLTMRZ63L28H501D	Giardiniere	Manutenzione	Dipendente	
DE CESARIS	ROBERTO	DCSRRT62C10L719J	Autista	Trasporto	Dipendente	



## **RUOLI ORGANIZZATIVI:**

### **IL DIRETTORE SANITARIO**

**Il Direttore Sanitario è il dott. Massimo Cerciello**, già da quasi trent'anni Direttore Sanitario dell'intero Complesso Polifunzionale ANFFAS ROMA ONLUS di Via Aurelia Antica 269/289.

È laureato in Medicina e Chirurgia con specializzazione in Medicina Fisica e della Riabilitazione.

Al contempo, nella microstruttura residenziale opera – *secondo i previsti standard sanitari regionali* – un Medico Responsabile con specializzazione in Neurologia (anche con funzioni di supplenza in caso di assenza o d'impedimento temporaneo).

Nel pieno rispetto della normativa vigente, il Direttore Sanitario:

- garantisce la redazione e l'applicazione del Regolamento Interno della microstruttura
- risponde della idoneità del personale così come delle attrezzature e apparecchiature
- vigila sulla puntuale osservanza delle norme igienico sanitarie, sull'efficienza e sulla sicurezza dello strumentario in dotazione, sulla validità e sulla corretta applicazione delle metodologie in uso
- vigila altresì sulla gestione dei farmaci
- garantisce la regolare presenza del personale
- è responsabile della predisposizione, per ogni utente in carico, del Progetto Riabilitativo Individuale e della sua regolare erogazione (seguendo il modello bio-psico-sociale ICF, per l'individuazione degli obiettivi riabilitativi e socio-relazionali)
- è responsabile altresì della registrazione delle cartelle cliniche, del loro aggiornamento periodico e dell'archiviazione
- assicura l'aggiornamento tecnologico e formativo, in funzione delle disabilità trattate e delle necessità identificate dall'équipe multi professionale.

A ogni ospite/utente del servizio residenziale vengono garantite:

- prestazioni di tipo alberghiero comprendenti alloggio, vitto (preparato secondo apposito Piano di Autocontrollo HACCP), eventuale dieta medica inclusa
- il rispetto della dignità e della libertà personale, della riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni religiose
- la continuità della vita di relazione
- prestazioni infermieristiche, educative e riabilitative
- consulenza e controllo dietologico
- prestazioni di aiuto personale e di assistenza tutelare
- prestazioni di prevenzione della sindrome di immobilizzazione (con riduzione al massimo del tempo trascorso a letto)
- attività di animazione, occupazionali, ricreative, d'integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine (in quest'ultimo caso, anche con il ricorso al volontariato)
- prestazioni per la cura personale, come barbiere e parrucchiere (con oneri a carico dell'utente)
- l'assistenza religiosa e spirituale (con la possibilità di esercitare il proprio credo in luoghi facilmente accessibili).

### **MEDICO RESPONSABILE**

**RISPONDE A:** DIRETTORE SANITARIO.

**FINALITÀ:** PIANIFICA E VERIFICA – IN UN CONTESTO DI EQUIPE MULTIDISCIPLINARE – PERCORSI RIABILITATIVI CHE TENGANO CONTO DELLE ASPETTATIVE, DEI BISOGNI E DELLE PREFERENZE DELL'UTENTE E DEI SUOI FAMILIARI, DELLA SUA DISABILITÀ E, SOPRATTUTTO, DELLE ABILITÀ RESIDUE E RECUPERABILI, ANCHE CON RIFERIMENTO AI FATTORI AMBIENTALI E CONTESTUALI.

**COMPETENZE SPECIFICHE** (di seguito riportate a titolo esemplificativo e non esaustivo):

- in merito alle attività di avvio e di verifica dei progetti riabilitativi individuali, come previsto dalla vigente normativa regionale, programma e convoca le riunioni sia di équipe multidisciplinare che con i familiari degli utenti in carico;
- definisce, in base ai risultati delle relative riunioni, il ruolo dell'équipe riabilitativa rispetto alle azioni da intraprendere per il raggiungimento degli esiti desiderati;

- acquisisce, in base ai risultati delle riunioni di équipe e delle aspettative degli utenti e/o dei familiari, gli obiettivi riabilitativi a breve, medio e lungo termine, i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati;
- garantisce la comunicazione con l'utente e con i suoi familiari in merito a tutto quanto concerne la presa in carico, al fine di ottenere la condivisione degli obiettivi progettuali e del programma terapeutico;
- garantisce la comunicazione e il confronto tra tutti gli operatori coinvolti nel progetto riabilitativo, anche con riferimento alle strutture operanti sul territorio (servizi socio-sanitari, volontariato, eccetera);
- costituisce il riferimento per ogni intervento svolto dall'équipe multidisciplinare riabilitativa;
- provvede a garantire un flusso costante di informazioni da e con il medico di famiglia e con altre funzioni esterne eventualmente coinvolte nel percorso riabilitativo (per esempio, con il Distretto ASL territorialmente competente, a cominciare dalla richiesta di autorizzazione alla proroga del P.R.I.);
- verifica periodicamente che siano rispettate le attività e gli orari pianificati con riferimento ai progetti riabilitativi individuali in atto (con il fattivo supporto del Coordinatore delle Attività).

## PSICOLOGO

**RISPONDE A:** DIRETTORE SANITARIO E FUNZIONALMENTE ANCHE AL MEDICO RESPONSABILE.

**FINALITA':** GARANTISCE – IN UN CONTESTO DI EQUIPE MULTIDISCIPLINARE – PERCORSI RIABILITATIVI DI TIPO PSICOLOGICO CHE TENGANO CONTO DELLE ASPETTATIVE, DEI BISOGNI E DELLE PREFERENZE DELL'UTENTE E DEI SUOI FAMILIARI, DELLA SUA DISABILITA' E, SOPRATTUTTO, DELLE ABILITA' RESIDUE E RECUPERABILI, ANCHE CON RIFERIMENTO AI FATTORI AMBIENTALI E CONTESTUALI.

**COMPETENZE SPECIFICHE** (di seguito riportate a titolo esemplificativo e non esaustivo):

- è parte integrante dell'équipe multidisciplinare riabilitativa;
- prende in carico il caso, su indicazione del Direttore Sanitario, curandone le osservazioni e le valutazioni di ordine psicologico, con l'ausilio di strumenti validati;
- programma e verifica, per gli ambiti di propria competenza, i percorsi socioriabilitativi individuali degli utenti in carico, riferendo funzionalmente al Medico Responsabile;
- in sede di riunione di équipe multidisciplinare, fornisce all'educatore professionale e al terapeuta indicazioni sulle "funzioni e strutture corporee" degli utenti in carico, per quanto di propria competenza, affinché i rispettivi programmi di attività – sia individuali che di gruppo – ne tengano debitamente conto;
- insieme con il Medico Responsabile (e altre figure interessate), partecipa agli incontri periodici con i familiari degli utenti, per la comunicazione/condivisione degli obiettivi progettuali e dei relativi programmi terapeutici;
- sostiene e orienta i familiari, in ambito di counseling;
- interloquisce con le strutture operanti sul territorio (servizi socio-sanitari, volontariato, tirocinio, eccetera);
- su richiesta del Direttore Sanitario, partecipa alla selezione del personale socio-sanitario da inserire in pianta organica; alla fine del periodo contrattuale di prova, esprime le proprie valutazioni in merito alle competenze personali e relazionali dei nuovi assunti;
- su richiesta del Direttore Sanitario, svolge attività di counseling tecnico e fornisce suggerimenti in materia di organizzazione del lavoro, con particolare riferimento alle dinamiche di gruppo e alle attività occupative e ludico-espressive;
- svolge attività di organizzazione in favore degli utenti partecipanti ai Soggiorni Estivi (per la composizione dei gruppi e, in parallelo, per selezionare i collaboratori – gestisce riunioni per dare indicazioni sul gruppo e sui singoli utenti), compila la documentazione sanitaria dei soggiorni per quanto di propria competenza, effettua attività di counseling;
- nell'ambito dello Sportello SAI, può effettuare indagini qualitative sui bisogni e sulle aspettative delle famiglie e indagini quantitative per misurare il livello di soddisfazione raggiunto con riferimento al servizio erogato.

## EDUCATORE PROFESSIONALE

**RISPONDE A:** DIRETTORE SANITARIO E FUNZIONALMENTE ANCHE AL MEDICO RESPONSABILE.

**FINALITA':** GARANTISCE – IN UN CONTESTO DI EQUIPE MULTIDISCIPLINARE – PERCORSI RIABILITATIVI DI TIPO EDUCATIVO/RELAZIONALE CHE TENGANO CONTO DELLE



ASPETTATIVE, DEI BISOGNI E DELLE PREFERENZE DELL'UTENTE E DEI SUOI FAMILIARI, DELLA SUA DISABILITA' E, SOPRATTUTTO, DELLE ABILITA' RESIDUE E RECUPERABILI, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AI FATTORI AMBIENTALI E CONTESTUALI.

L'Educatore Professionale è l'operatore sociale e sanitario che attua specifici programmi educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali, in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana teso al positivo inserimento o reinserimento psico-sociale.

In termini generali, insieme con gli operatori O.S.S., è la figura a maggiore diretto contatto con gli utenti; svolge il proprio lavoro con particolare attenzione verso le dinamiche di gruppo, in un contesto di gestione comunitaria oltre che individuale.

L'Educatore Professionale, così come ogni operatore socio-sanitario in organico, affronta il processo di "presa in carico" della persona con disabilità in un'ottica globale bio-psico-sociale, fondamentalmente tesa a correlare "menomazione", "limitazione dell'attività", "restrizione della partecipazione" e "barriere/ostacoli contestuali", secondo la classificazione ICF dell'OMS. A tal riguardo, nell'elaborazione del programma di attività, comunque nel rispetto delle autonomie professionali, tiene debitamente conto delle indicazioni sulle "Funzioni e Strutture Corporee" a monte fornite dal Medico Specialista e dallo Psicologo di riferimento.

*COMPETENZE SPECIFICHE (di seguito riportate a titolo esemplificativo e non esaustivo):*

- una volta acquisite le necessarie informazioni in merito alla diagnosi d'ingresso, formulata dal Neurologo, e avvalendosi di proprie metodologie d'osservazione, raccoglie e organizza dati e informazioni utili per redigere la Valutazione Funzionale (ossia, una valutazione obiettiva dei bisogni e delle risorse della persona in carico) che, inserita nella Cartella Clinica Riabilitativa congiuntamente alle altre Valutazioni delle singole figure professionali coinvolte, costituirà il processo d'avvio del Progetto Riabilitativo Individuale;
- in sede di riunione di équipe multiprofessionale, confronta e condivide, con i membri dell'équipe socioriabilitativa, gli obiettivi ritenuti prioritari dai dati emersi in una prima osservazione delle abilità personali e relazionali dell'utente;
- riferisce funzionalmente al Medico Responsabile in merito alle fasi di governo dei progetti riabilitativi individuali;
- osserva e registra (tramite la diaria) i comportamenti individuali dell'utente in carico e di gruppo;
- conduce colloqui di orientamento e di sostegno con gli utenti, per l'esame e il monitoraggio delle situazioni individuali e di gruppo e per l'attuazione degli interventi educativi specifici;
- formula piani di lavoro, ove possibile anche in collaborazione diretta con gli utenti, consistenti in attività occupative, di animazione e di socializzazione, di gruppo o individuali (gioco, relazioni espressive e interpersonali, escursioni con visite o gite in ambito sociale e cittadino, attività per il tempo libero, teatro, colazione, pranzo e cena, gestione spazi ricreativi e relax anche nei soggiorni estivi, buone prassi igieniche, eccetera);
- utilizza le occasioni della vita quotidiana in funzione educativa (episodi e accadimenti di vita relazionale nell'ambito del gruppo o della comunità sociale, occasioni offerte dai mass-media, da festività e da ricorrenze particolari);
- agisce sulla capacità di ogni utente di definire il proprio sé e di essere in grado di rapportarsi con gli altri;
- mira a ridimensionare gli ostacoli, prevalentemente emotivi, vissuti dall'utente in difficoltà, affinché siano superati, per quanto possibile, i condizionamenti che influenzano il modo di vivere e di vivere;
- favorisce il dialogo e conduce interventi di mediazione nelle relazioni interpersonali, nel gruppo in generale e tra i vari utenti individualmente, nei diversi momenti della giornata;
- facilita la produzione espressivo-creativa e l'elaborazione di nuove idee e proposte rispetto alla realtà vissuta, favorendo la partecipazione e facendo leva sulla motivazione;
- ove richiesto, analizza le risorse territoriali per l'inserimento lavorativo delle diverse tipologie di utenti e per la loro formazione, pertanto realizzando iniziative e attività di addestramento al lavoro e allo sviluppo di abilità di base;
- implementa attività di orientamento professionale (suscitare motivazione, analizzare prerequisiti e potenzialità individuali, favorire l'attivazione personale);
- affianca e coordina gli utenti in eventuali percorsi di tirocinio e d'inserimento lavorativo;
- partecipa a riunioni interdisciplinari con i colleghi e con i familiari degli utenti in carico;
- aggiorna le cartelle cliniche riabilitative degli utenti – anche in formato elettronico;



- provvede al monitoraggio continuo e alla valutazione degli interventi educativi.

## **FISIOTERAPISTA**

**RISPONDE A:** DIRETTORE SANITARIO E FUNZIONALMENTE ANCHE AL MEDICO RESPONSABILE.

**FINALITÀ:** GARANTISCONO – IN UN CONTESTO DI EQUIPE MULTIDISCIPLINARE – PERCORSI RIABILITATIVI DI LORO COMPETENZA CHE TENGANO CONTO DELLE ASPETTATIVE, DEI BISOGNI E DELLE PREFERENZE DELL'UTENTE E DEI SUOI FAMILIARI, DELLA SUA DISABILITÀ E, SOPRATTUTTO, DELLE ABILITÀ RESIDUE E RECUPERABILI, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AI FATTORI AMBIENTALI E CONTESTUALI.

Il fisioterapista è un professionista sanitario dell'area della riabilitazione in possesso di specifico titolo abilitante, svolge – con titolarità e autonomia – attività dirette alla prevenzione, cura e riabilitazione di soggetti affetti da malattie e disordini fisici e psichici, sia con disabilità temporanee che permanenti. Riferisce funzionalmente al Medico Responsabile in merito alle fasi di governo dei progetti riabilitativi individuali.

Tale professionista, così come ogni operatore socio-sanitario in organico, affronta il processo di “presa in carico” della persona con disabilità in un'ottica globale bio-psico-sociale, fondamentalmente tesa a correlare “menomazione”, “limitazione dell'attività”, “restrizione della partecipazione” e “barriere/ostacoli contestuali”, secondo la classificazione ICF dell'OMS. A tal riguardo, nell'elaborazione del programma di attività, nel rispetto delle autonomie professionali, tiene conto delle indicazioni sulle “Funzioni e Strutture Corporee” a monte fornite dal Medico Specialista e dallo Psicologo di riferimento.

*COMPETENZE SPECIFICHE DEL FISIOTERAPISTA (di seguito riportate a titolo esemplificativo e non esaustivo); ai sensi e per effetto del profilo professionale tracciato dal D.M. 14.09.1994 n. 741, il fisioterapista:*

- possiede conoscenze adeguate per la migliore comprensione dei più rilevanti elementi che sono alla base dei processi patologici sui quali si focalizza l'intervento riabilitativo e/o terapeutico;
- possiede conoscenze adeguate in merito alle dimensioni etiche, deontologiche e professionali del suo operato;
- ha capacità relazionali da esprimere sia con la persona destinataria del processo riabilitativo che nell'integrazione con le altre figure professionali;
- possiede la metodologia propria delle discipline fisioterapiche, applicata negli ambiti di competenza;
- svolge, in via autonoma o in collaborazione con altre figure sanitarie e sociosanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici, di varia eziologia, congenita o acquisita;
- pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive, utilizzando terapie fisiche, manuali, massoterapiche e occupazionali;
- propone l'adozione di protesi e ausili, ne addestra all'uso l'utente e ne verifica l'efficacia.

*NELL'AMBITO DEL PROCESSO DI “PRESA IN CARICO RIABILITATIVA”, IL TERAPISTA:*

1. Esamina e riesamina in modo autonomo la persona in trattamento, utilizzando idonei sistemi di esame e strumenti di valutazione qualitativa e quantitativa. Tali sistemi e strumenti sono diretti (in riferimento all'ICF) all'analisi dell'integrità strutturale e funzionale e delle menomazioni, delle attività e loro limitazioni (comprese le AVQ), della partecipazione e sue restrizioni, dei fattori ambientali e personali (potenziali facilitatori o barriere/ostacoli), per il raggiungimento della migliore autonomia e qualità della vita della persona.
2. Sintetizza e valuta i dati raccolti durante l'esame per una valutazione funzionale completa, interpreta quanto ottenuto, considerando anche tutte le informazioni fornite da altri professionisti o membri dell'équipe riabilitativa e i dati di natura psico-sociale, discutendone in équipe, quando necessario.
3. Determina obiettivi e priorità del trattamento e contribuisce alla formulazione del progetto riabilitativo individuale.
4. Collabora con utenti, familiari, altri professionisti e altri soggetti per individuare un piano di trattamento realistico, adeguato e accettato dall'utente.
5. Stabilisce obiettivi e risultati funzionali in cui venga specificato il tempo atteso di realizzazione, individua i risultati raggiungibili con le risorse disponibili.
6. Fa riferimento, ove possibile, alla pratica basata sulle evidenze.
7. Effettua l'intervento riabilitativo per raggiungere i risultati in favore della persona in carico, stabiliti in base all'esame dell'integrità strutturale e funzionale, delle attività, della partecipazione, dei fattori ambientali e personali.



8. Compila una documentazione completa, accurata, periodica e leggibile.
9. Monitora e calibra il piano di trattamento in risposta alle condizioni della persona in carico.

### **INFERMIERE PROFESSIONALE**

**RISPONDE A:** DIRETTORE SANITARIO E FUNZIONALMENTE ANCHE AL MEDICO RESPONSABILE.

**FINALITA':** GARANTISCE PRIMARIAMENTE I BISOGNI DI SALUTE FISICA DELL'UTENTE E – IN UN CONTESTO DI EQUIPE MULTIDISCIPLINARE E PER QUANTO DI PROPRIA COMPETENZA – PERCORSI DI “PRESA IN CARICO” CHE TENGANO CONTO DELLA SUA DISABILITA' E, SOPRATTUTTO, DELLE ABILITA' RESIDUE E RECUPERABILI, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AI FATTORI AMBIENTALI E CONTESTUALI.

**COMPETENZE SPECIFICHE** (di seguito riportate a titolo esemplificativo e non esaustivo e fatte salve le mansioni previste dalle disposizioni vigenti)

L'infermiere professionale, in possesso del titolo abilitante e dell'iscrizione al relativo albo:

- eroga assistenza infermieristica di tipo preventivo, curativo, palliativo e riabilitativo, ricorrendo a interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa;
- cura e si prende cura dell'utente, nel rispetto della sua vita, della salute, della libertà e della dignità;
- identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona presa in carico e formula i relativi obiettivi;
- pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- agisce, sia individualmente che in collaborazione, con gli altri operatori sanitari e sociali;
- per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;
- in situazioni di emergenza, presta soccorso e s'attiva tempestivamente per garantire l'assistenza necessaria;
- promuove, attraverso l'educazione, stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute;
- compila e aggiorna la parte infermieristica della cartella clinica riabilitativa;
- valuta e riporta, in particolare, i dati concernenti i parametri vitali e i dati antropomorfici;
- in base alle prescrizioni mediche, somministra i farmaci e contestualmente annota l'ora di somministrazione, la via di somministrazione e la quantità di sostanza somministrata (in sua assenza, può subentrare l'operatore O.S.S. nei limiti di seguito indicati);
- acquisisce ricette mediche così come i risultati di esami strumentali e di laboratorio, da sottoporre al/ai medico/i di riferimento;
- aggiorna i registri di carico e scarico dei farmaci;
- verifica periodicamente la scadenza dei farmaci e il set d'emergenza, attivandosi – su indicazione del Medico Responsabile – con la famiglia, per l'eventuale approvvigionamento;
- partecipa alle riunioni di équipe multidisciplinare per l'elaborazione e la verifica del progetto riabilitativo individuale;
- assicura e tutela la riservatezza delle informazioni;
- riferisce funzionalmente al Medico Responsabile in merito alle fasi di governo dei progetti riabilitativi individuali.

L'infermiere contribuisce altresì alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale.

### **ASSISTENTE O.S.S. (OPERATORE SOCIO SANITARIO)**

**RISPONDE A:** DIRETTORE SANITARIO E FUNZIONALMENTE ANCHE AL MEDICO RESPONSABILE.

**FINALITA':** GARANTISCE – IN UN CONTESTO DI EQUIPE MULTIDISCIPLINARE E PER QUANTO DI PROPRIA COMPETENZA – PERCORSI DI “PRESA IN CARICO” CHE TENGANO CONTO DELLE ASPETTATIVE, DEI BISOGNI E DELLE PREFERENZE DELL'UTENTE E DEI SUOI FAMILIARI, DELLA SUA DISABILITA' E, SOPRATTUTTO, DELLE ABILITA' RESIDUE E RECUPERABILI, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AI FATTORI AMBIENTALI E CONTESTUALI.

**COMPETENZE SPECIFICHE** (di seguito riportate a titolo esemplificativo e non esaustivo)



L'O.S.S. è l'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata principalmente a soddisfare i bisogni primari della persona presa in carico, favorendone il benessere e l'autonomia, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale sia sanitario.

L'O.S.S. – “nella presa in carico residenziale”:

- collabora con altre figure di riferimento (in particolar modo, con l'educatore professionale e con il fisioterapista), sia per la corretta deambulazione e movimentazione degli utenti che per l'uso appropriato di presidi, ausili e attrezzature, per le attività quotidiane di socializzazione, intrattenitive e occupative;
- in base alle proprie competenze e in collaborazione con altre figure professionali, svolge attività finalizzate all'igiene personale (igiene intima e orale – docce – barba) e tutto ciò che è inerente alla soddisfazione dei bisogni degli utenti;
- si occupa degli accompagnamenti per ciò che concerne le attività esterne;
- provvede, in assenza dell'infermiere professionale, alle operazioni di assunzione dei farmaci prescritti;
- si occupa delle eventuali emergenze di tipo sanitario, osservando, riconoscendo e riferendo i più comuni sintomi d'allarme che l'utente può presentare;
- si occupa della somministrazione del cibo, rispettando le diete previste e accertandosi che gli utenti seguano un comportamento corretto, sia alimentare che posturale a tavola;
- aiuta nelle attività di animazione erogate a favore della socializzazione;
- partecipa alle riunioni di équipe socio-riabilitativa multidisciplinare e fornisce ogni utile informazione ai colleghi per l'elaborazione delle valutazioni funzionali e per la stesura e revisione dei progetti socioriabilitativi individuali.

L'assistente O.S.S. riferisce funzionalmente al Medico Responsabile in merito alle fasi di governo dei progetti riabilitativi individuali così come al Coordinatore delle Attività, per gli ambiti di competenza).

## **ASSISTENTE SOCIALE**

**RISPONDE A:** DIRETTORE SANITARIO E FUNZIONALMENTE AL MEDICO RESPONSABILE.

**FINALITÀ:** PROMUOVE E GARANTISCE ATTIVITÀ A CARATTERE SOCIALE E SOCIOASSISTENZIALE E – IN UN CONTESTO DI EQUIPE MULTIDISCIPLINARE E PER QUANTO DI PROPRIA COMPETENZA – GARANTISCE PERCORSI DI “PRESA IN CARICO” CHE TENGANO CONTO DELLE ASPETTATIVE, DEI BISOGNI E DELLE PREFERENZE DELL'UTENTE E DEI SUOI FAMILIARI, DELLA SUA DISABILITÀ E, SOPRATTUTTO, DELLE ABILITÀ RESIDUE E RECUPERABILI, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AI FATTORI AMBIENTALI E CONTESTUALI.

**COMPETENZE SPECIFICHE** (di seguito riportate a titolo esemplificativo e non esaustivo). L'assistente sociale:

- nell'ambito dello “Sportello SAI”, accoglie ciascuna richiesta da parte di familiari di persone con disabilità;
- svolge colloqui anamnestici e informativi con i familiari di persone con disabilità, con compilazione della relativa “scheda personalizzata”;
- segnala i casi al neurologo di riferimento per l'effettuazione della “prima visita” finalizzata alla diagnosi d'ingresso;
- valuta il caso ed elabora un piano d'intervento;
- svolge attività di “segretariato sociale” indirizzata a raccogliere e a fornire informazioni a fronte di un bisogno, con eventuale attivazione di pratiche socio-amministrative, a seconda dei casi;
- sulla base delle normative vigenti, raccoglie informazioni sempre aggiornate da fornire agli utenti sia per l'accesso ai servizi socio-assistenziali pubblici e privati che per i diritti esigibili;
- cura la documentazione riguardante l'utenza, quale i certificati di invalidità, di residenza, il libretto sanitario, la tutela, eccetera;
- interloquisce con i genitori, fratelli, tutori, curatori, amministratori di sostegno, su problemi – di carattere psico-sociale individuale e familiare – che presuppongano un bisogno di aiuto, con conseguente presa in carico e ricerca di una soluzione del caso;
- su richiesta e in caso di riscontrata impossibilità della famiglia, aiuta per l'acquisizione/rinnovo di documenti di tipo anagrafico;
- presta assistenza per cause di interdizione, di curatela, di amministrazione di sostegno;



- effettua visite domiciliari, concedendo priorità a quei casi in cui il genitore solo o entrambi i genitori sono impossibilitati a raggiungere la struttura o in risposta a particolari situazioni di urgenza o in occasione di nuovi utenti da prendere in carico;
- approfondisce la conoscenza del territorio in relazione alla ricerca e alla programmazione di interventi finalizzati al reperimento di strutture e servizi pubblici privati, alternativi o integrativi ad ANFFAS ROMA (come cooperative, centri diurni, residenziali, case di cura, gruppi di volontariato, eccetera);
- contatta i servizi territoriali di appartenenza degli utenti (ASL e Municipio) e realizza momenti d'incontro comuni per l'individuazione di un programma d'intervento unitario e integrato;
- contatta i servizi quali INPS, Uffici di Collocamento, Patronati, Provincia, Preture, eccetera, al fine di segnalare o acquisire informazioni per la risoluzione di pratiche degli utenti;
- favorisce l'inserimento di utenti in attività sociali quali gruppi di volontariato per l'organizzazione del tempo libero;
- incontra periodicamente l'équipe per l'impostazione, l'attuazione e la verifica del lavoro con l'utenza.

L'assistente sociale riferisce funzionalmente al Medico Responsabile in merito alle fasi di governo dei progetti riabilitativi individuali.

# FUNZIONIGRAMMA

**Presidente e RSGQ**

Responsabilità  
della Direzione

**Direttore  
Generale**

Segreteria

Risorse Umane

Contabilità/Acquisti

Igiene e Sicurezza

Gestione  
delle Risorse

R.G.Q. (Referente Generale per la Qualità ISO 9001:2015)

Team Qualità

Misurazione Analisi e  
Miglioramento

**Sportello SAI**

Assistente Sociale

Realizzazione  
del Servizio

**Servizio Riabilitativo Diurno-Ambulatoriale-Residenziale**

Direttore Sanitario

Medico Responsabile

Psicologo/Assistente Sociale

Equipe Multiprofessionale

**Servizio Case Famiglia**

Responsabile Residenzialità

Equipe SocioAssistenziale



## ✓ PROCEDURE E PROTOCOLLI OPERATIVI

Con riferimento alla microstruttura residenziale in oggetto (denominata “**Casaletto**”) e conformemente con la normativa sanitaria regionale sull’autorizzazione e sull’accreditamento, la presente procedura descrive le responsabilità e le modalità operative inerenti il processo realizzativo della “presa in carico” socio-riabilitativa a regime residenziale, in favore di persone con disabilità (“ex art 26”).

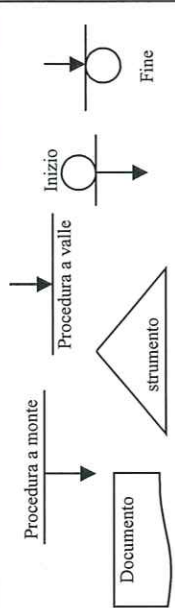
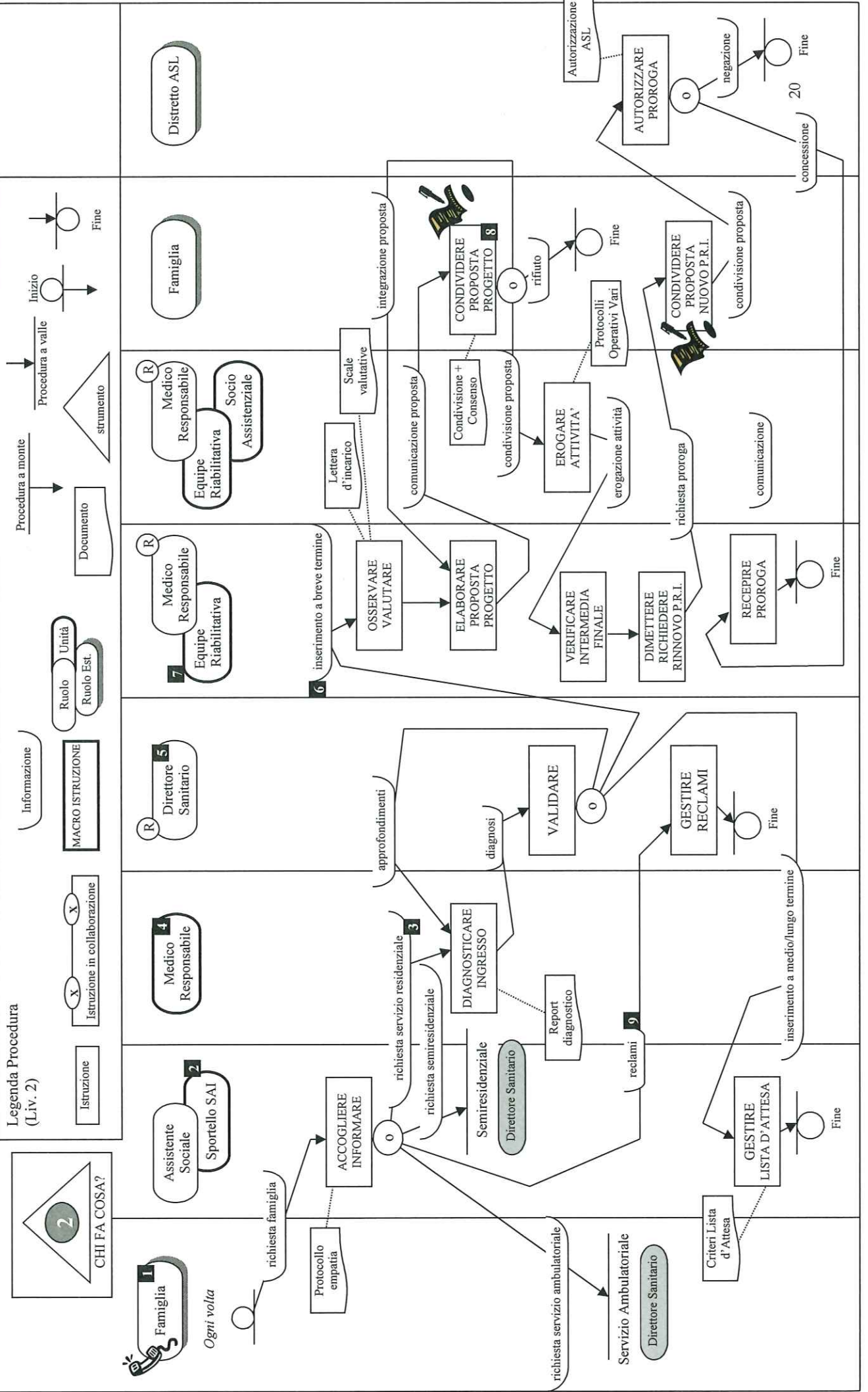
A tal riguardo, di seguito vengono riassunte le principali funzioni operative e le rispettive prestazioni e attività (anche con rappresentazione grafica, tramite il Linguaggio Qualigramme – autori: Cedric Berger e Serge Guillard – Edizioni UNI Ente Nazionale Italiano di Unificazione – ai sensi della Norma ISO 9001:2015).

<b>FUNZIONI/ RESPONSABILITA'</b>	<b>PRESTAZIONI/ATTIVITA' – SERVIZIO SOCIO-RIABILITATIVO RESIDENZIALE</b>
FAMIGLIA	COMUNICARE RICHIESTA D'INSERIMENTO
ASSISTENTE SOCIALE	ACCOGLIERE INFORMARE ( <i>SPORTELLLO SAI</i> )
MEDICO RESPONSABILE (NEUROLOGO)	DIAGNOSTICARE NUOVO INGRESSO
DIRETTORE SANITARIO	VALIDARE INGRESSO NUOVO UTENTE
DISTRETTO ASL	AUTORIZZARE NUOVO UTENTE/P.R.I.
EQUIPE RIABILITATIVA	OSSERVARE VALUTARE
MEDICO RESPONSABILE/EQUIPE RIABILITATIVA	ELABORARE PROPOSTA PROGETTO/P.R.I.
FAMIGLIA	CONDIVIDERE PROPOSTA PROGETTO/P.R.I.
ASSISTENTE SOCIALE	GESTIRE LISTA D'ATTESA ( <i>RESIDENZIALE</i> )
DIRETTORE SANITARIO	GESTIRE RECLAMI/OSSERVAZIONI
EQUIPE RIABILITATIVA E SOCIOASSISTENZIALE	EROGARE PRESTAZIONI/ATTIVITA'
MEDICO RESPONSABILE/EQUIPE RIABILITATIVA	VERIFICARE SVOLGIMENTO P.R.I.
MEDICO RESPONSABILE/EQUIPE RIABILITATIVA	DIMETTERE/RICHIEDERE ASL RINNOVO P.R.I.
DISTRETTO ASL	AUTORIZZARE PROROGA PROGETTO/P.R.I.
FAMIGLIA	CONDIVIDERE (DIMISSIONI/RINNOVO PROGETTO INDIVIDUALIZZATO).

**PUNTO 8 NORMA ISO 9001:2015: EROGAZIONE DEL SERVIZIO RESIDENZIALE SOCIO-RIABILITATIVO**

NOVEMBRE 2024

ANFFAS ROMA ONLUS







**COMMENTI**

1. Genitore, familiare, tutore o amministratore di sostegno di persona con disabilità.



ACCOGLIERE  
INFORMARE

2. Lo Sportello SAI (Servizio Accoglienza e Informazione) fa parte integrante del processo generale di “presa in carico” di persone con disabilità e delle loro famiglie, in special modo quando “bussano” alla porta dell’Associazione e hanno bisogno di ascolto empatico, di sostegno e di orientamento: ha come obiettivo basilare registrarne problemi e aspettative, anche – all’occorrenza – in tema di “diritti esigibili”. Si configura come Unità Operativa di tipo “trasversale” i cui attori, a seconda delle specifiche operazioni, sono:

- in primo luogo, l’assistente sociale (gestione dell’accoglienza e dell’orientamento, gestione della lista d’attesa socio-riabilitativa; su incarico del Direttore Sanitario, istruttoria in seno alla gestione dei reclami ricevuti dai familiari/utenti);
- l’ufficio amministrativo (per gli ambiti più propriamente di segreteria);
- all’occorrenza, lo psicologo (gestione delle indagini sulla “soddisfazione del cliente” – su incarico del Direttore Sanitario, istruttoria in seno alla gestione dei reclami ricevuti dai familiari/utenti).

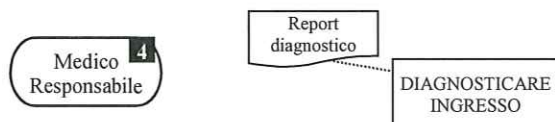
Se il bisogno rappresentato dalla famiglia/utente riguarda la “presa in carico socioriabilitativa” di tipo residenziale, lo Sportello SAI, nella persona dell’assistente sociale, attiva il relativo “macro-processo” presieduto dal Direttore Sanitario.

### **ISTRUZIONE OPERATIVA “ACCOGLIERE-INFORMARE” + “DIAGNOSTICARE INGRESSO”**

Nella primissima fase, compito peculiare dell’assistente sociale è ascoltare empaticamente, sostenere e orientare la famiglia (o tutore o amministratore di sostegno) che, previa telefonata di appuntamento, si presenta allo Sportello di cui sopra, prendendo nota, analiticamente ed esaustivamente, delle aspettative, dei bisogni e delle condizioni socio-economiche familiari nonché, sia pur in termini generali, delle condizioni di salute del congiunto con disabilità; a tal riguardo, viene utilizzato l’apposito modulo di raccolta dati.

3. In caso di richiesta di **fruizione del servizio socioriabilitativo di tipo residenziale**, la famiglia – mediamente entro un mese – avrà un appuntamento, finalizzato alla “prima visita” per la diagnosi d’ingresso, con il neurologo/medico responsabile. In primo luogo, la famiglia formalizza tale richiesta su modulo fornito dallo Sportello SAI, in secondo luogo, s’impegna a presentare – in occasione della programmata “prima visita” – copia della pregressa documentazione socio-sanitaria del congiunto.

Pertanto, l’assistente sociale inserisce il candidato-utente in un apposito elenco di coloro che sono in attesa di prima visita (qui unicamente basandosi sull’ordine cronologico di presentazione della domanda di cui sopra).



4. Per l’elaborazione della cosiddetta “diagnosi d’ingresso”, risulta impegnato il **neurologo** di riferimento (all’occorrenza, il **fisiatra**). Attraverso tecniche osservative e valutative – incluso un colloquio con la famiglia – il neurologo traccia un’iniziale “diagnosi d’ingresso” del candidato-utente, a integrazione dei dati già in merito ricevuti. Viene così redatto un “report” del lavoro svolto e dei risultati ottenuti, comprensivo di parere in merito all’effettiva possibilità d’inserimento, anche in termini di compatibilità con il gruppo di residenti.

## **ISTRUZIONE OPERATIVA “VALIDARE NUOVO INGRESSO”**

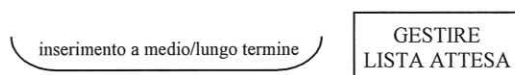


5. Il **Direttore Sanitario** – *mediamente entro due settimane dall’acquisizione del “report” (se corredato di parere favorevole all’inserimento da parte dell’autore del report medesimo)* – valida quanto espresso dal medico specialista nella “diagnosi d’ingresso”. L’attività di “validare” prevede che il Direttore Sanitario convochi formalmente il Medico Responsabile/Neurologo, il Coordinatore delle Attività e l’Assistente Sociale, al fine di ricavare ogni ulteriore, utile informazione (a livello clinico e socio familiare nonché organizzativo e logistico), prima di assumere qualsiasi decisione in merito all’eventuale inserimento del candidato-utente.

Nell’attività di “validare” risulta essenziale la valutazione dell’effettiva disponibilità delle risorse umane e strutturali richieste dal diagnosticato quadro clinico, così come la compatibilità con il gruppo degli ospiti/utenti. Resta inteso che, nella fase di validazione, il Direttore Sanitario può riservarsi di chiedere ai professionisti di cui sopra un approfondimento del quadro diagnostico e organizzativo/gestionale.

In caso di riscontrato inserimento a breve termine, il Direttore Sanitario convoca la famiglia per la formale comunicazione dell’inserimento medesimo, nonché per la contestuale richiesta di esami strumentali e di laboratorio e ulteriori informazioni (non ultimo, inerenti la necessaria autorizzazione ASL ai sensi del DPCA n. 39/2012 e s.m.i.).

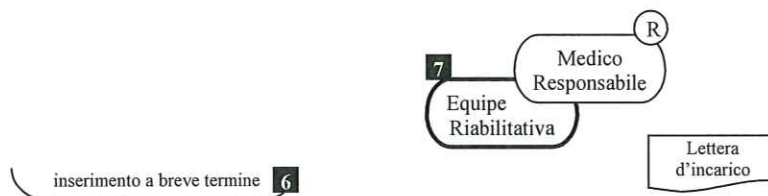
## **ISTRUZIONE OPERATIVA “GESTIRE LISTA D’ATTESA SERVIZIO RESIDENZIALE SOCIORIBABILITATIVO”**



Compito dell’assistente sociale è (altresi) gestire la **lista d’attesa** composta da utenti candidati al servizio residenziale per i quali – a seguito dell’attività di “validare” svolta dal Direttore Sanitario – non è possibile un inserimento a breve-medio termine, a causa di contingenti difficoltà di tipo strutturale e/o processuale. Tale lista viene compilata in primis sulla base dell’ordine cronologico di richiesta e di relativa “prima visita medica” con – alla luce della “diagnosi d’ingresso” – l’indicazione del previsto impegno assistenziale/riabilitativo nonché la stima della compatibilità con il gruppo.

La famiglia, dietro eventuale richiesta, viene sostenuta e guidata dall’assistente sociale nella ricerca di una struttura che presenti tempi più rapidi d’inserimento del congiunto.

## **ISTRUZIONE OPERATIVA “GESTIRE NUOVO UTENTE/P.R.I.”**



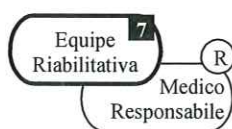


6. In media entro due settimane prima dell'effettivo nuovo inserimento, il **Direttore Sanitario** – *tramite lettera d'incarico* – **costituisce l'equipe riabilitativa e socio-assistenziale** per la relativa presa in carico multidisciplinare, a partire dal **Medico Responsabile**, con contestuale convocazione per presentazione del caso.

Inoltre, il Direttore Sanitario dispone l'apertura della cartella clinica riabilitativa, invitando l'Amministratore di Sistema interno – *ai sensi della vigente normativa sulla "privacy" (D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.)* – all'accreditamento informatico degli operatori sanitari coinvolti nella nuova "presa in carico" (per l'accesso alla cartella clinica informatizzata in rete).

L'equipe riabilitativa/socio-assistenziale, convocata dal Medico Responsabile, si riunisce – mediamente entro un mese dall'inserimento del nuovo utente – per l'elaborazione della proposta di "progetto riabilitativo individuale" (ai sensi e per effetto della D.G.R. n. 583/2002 e s.m.i.), con contestuale presentazione e illustrazione delle rispettive "valutazioni funzionali".

A sua volta, la **famiglia** del nuovo utente, convocata nei giorni immediatamente successivi, condivide tale proposta (e il programma delle attività ivi contenuto), nonché sottoscrive il "consenso informato".



7. Nel servizio residenziale in questione, l'**Equipe Riabilitativa Interdisciplinare**, ai sensi della vigente normativa sanitaria regionale, è composta dalle figure professionali che condividono la "presa in carico" dell'utente e concorrono, ognuno per le proprie competenze, al raggiungimento degli obiettivi fissati nei progetti individuali in atto. I membri dell'Equipe Riabilitativa – presso il servizio residenziale – sono di seguito elencati:

Neurologo; Fisiatra (ove richiesto); Psicologo; Assistente Sociale; Educatore Professionale; Infermiere Professionale; Fisioterapista.

Il **Medico Responsabile** coordina l'equipe riabilitativa interdisciplinare impegnata nei correnti progetti riabilitativi individuali (P.R.I.).

Il **Coordinatore delle Attività** coordina quanto stabilito in équipe multidisciplinare nel programma riabilitativo e socioassistenziale, a garanzia della sua effettiva implementazione.

OSSERVARE  
VALUTARE

ELABORARE  
PROPOSTA  
PROGETTO

Il servizio di "presa in carico socioriabilitativa" a tipologia residenziale viene erogato dalle figure tecnico-sanitarie e assistenziali indicate dalla DGR n. 583/2002 e s.m.i. (Decreto Commissariale n. 8/2011 + Decreto Commissariale n. 434/2012 + Deliberazione Regione Lazio n. 979/2020), nei tempi e nei modi previsti dal progetto riabilitativo individuale. **Nei primi giorni d'inserimento**, vengono effettuati – da parte del neurologo (e/o fisiatra) e dello psicologo – interventi valutativi di ulteriore conoscenza delle condizioni di salute dell'utente. Le relative informazioni e indicazioni sono tempestivamente trasmesse a tutte le figure professionali e assistenziali coinvolte.

I seguenti tecnici della riabilitazione in organico effettuano la loro "valutazione funzionale":  
educatore professionale – fisioterapista.

L'Equipe Riabilitativa elabora un progetto riabilitativo individuale per l'utente, anche per conferma/rinnovo, con l'esplicitazione di obiettivi (a breve e medio termine) e piani operativi di lavoro. L'operatore O.S.S. (Operatore Socio Sanitario) concorre nella pratica quotidiana al raggiungimento e al mantenimento delle autonomie primarie e secondarie, tutelando e supportando la persona lungo un determinato percorso socio-riabilitativo.

Le diverse fasi della "presa in carico" (in primo luogo, le valutazioni funzionali) sono puntualmente registrate nella cartella clinica riabilitativa, mentre le prestazioni riabilitative erogate sono registrate nelle "diarie" giornaliere, parte integrante della cartella medesima.

L'utente, a seconda delle proprie specifiche disabilità, sulla base di quanto "a monte" indicato dall'Azienda ASL territorialmente competente, usufruisce di **trattamenti socio-riabilitativi di mantenimento**.

In linea generale, si erogano trattamenti di mantenimento su persone di età adulta con disabilità permanenti o stabilizzate o con rischio d'involuzione (tali persone necessitano d'interventi orientati a mantenere l'eventuale residua capacità funzionale e sociale o contenerne il deterioramento).

## L'EQUIPE RIABILITATIVA E SOCIO-ASSISTENZIALE



Indispensabile nel lavoro per progetti è l'approccio multidisciplinare: il percorso riabilitativo viene cioè affrontato "insieme", da una squadra integrata di operatori sanitari e socio-sanitari costituita intorno alla persona; ogni operatore mette a disposizione la propria specifica professionalità e competenza, modellandosi e integrandosi, al tempo stesso, alle professionalità e competenze degli altri componenti l'équipe, concorrendo, in maniera il più possibile congiunta, alla crescita della persona in trattamento.

L'équipe multiprofessionale – nell'ambito di quanto prescritto dalla competente Azienda ASL – ha il compito di: elaborare il progetto riabilitativo individuale; definire, nelle linee generali, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine; programmare le azioni e determinare le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati; verificare periodicamente la validità degli interventi programmati e valutarne i risultati.

Tale équipe è l'espressione di diverse professionalità ed è integrata con altre figure non propriamente sanitarie, eppure significativamente impattanti in termini di qualità del servizio erogato (ossia, gli operatori O.S.S.): tutti esercitano un ruolo importante nell'organizzazione del percorso integrato socio-sanitario, consentendo alla persona in carico il miglioramento della qualità di vita (specialmente in termini di "partecipazione" e "inclusione").

Inoltre, il confronto tra professionalità diverse rappresenta, per gli stessi operatori, un'importante opportunità di discussione del proprio operato e di arricchimento, nello scambio con gli altri, del proprio bagaglio culturale.

Per la definizione del profilo complessivo della condizione di disabilità dell'utente, delle disabilità oggetto dell'intervento, nonché del livello di gravità, si fa uso del Manuale della Classificazione Internazionale del Funzionamento e delle Disabilità ICF dell'OMS, con i relativi codici alfanumerici e qualificatori delle menomazioni delle funzioni e limitazioni delle attività, al contempo rilevando il peso dei "fattori ambientali" (se "facilitatori" o "barriere").

Sempre ai sensi della vigente normativa, vengono somministrati:

- l'indice di Barthel, per la valutazione delle capacità funzionali di base;
- lo Short Portable Mental Status Questionnaire (S.P.M.S.Q.), per la valutazione dell'aspetto cognitivo;
- S.V.A.M.A. Modificata, per la valutazione degli aspetti sensoriali e di comunicazione (vista, udito e linguaggio).

Vengono inoltre somministrate altre scale valutative, tra cui le VINELAND.



8. Si ritiene essenziale la condivisione con la famiglia/utente della proposta di progetto riabilitativo individuale e del connesso "programma terapeutico". Una volta redatta la proposta del primo progetto, la famiglia è convocata dal Medico Responsabile, presenti le altre figure interessate (Educatore Professionale, Terapista, Assistente Sociale, O.S.S.), affinché ne conosca esaurientemente e con chiarezza i contenuti, ne condivida gli obiettivi, i tempi, le attività e le modalità di verifica (non ultimo, per la sottoscrizione del "consenso informato"). Inoltre, la famiglia viene coinvolta per la prosecuzione del progetto medesimo (prosecuzione comunque autorizzata dalla ASL territorialmente competente, ai sensi della vigente normativa di settore) così come all'occorrenza, per situazioni emergenti o comunque bisognose di approfondimento.

*CON RIFERIMENTO ALLE DIARIE E ALLE PRESENZE/ASSENZE DEGLI UTENTI (anche ai sensi del Decreto Legislativo n. 231/2001 e s.m.i. sulla "Responsabilità Amministrativa")*

Facendo seguito alle vigenti disposizioni sanitarie regionali, in merito alla corretta compilazione e trasmissione delle DIARIE delle attività quotidianamente erogate, ogni professionista abilitato, tramite apposita modulistica:

- elenca e, pertanto, certifica le attività effettivamente svolte in favore di ciascun singolo utente in carico, nel rispetto del concordato programma terapeutico (parte integrante del P.R.I.);
- si sofferma sugli episodi maggiormente significativi e/o di utilità, reputati tali sia per la tenuta sotto controllo della "storia riabilitativa" che per nuove iniziative eventualmente da intraprendere.

## **ISTRUZIONE OPERATIVA "GESTIRE SCADENZA-RINNOVO PROGETTO UTENTE"**



Sempre su convocazione del Medico Responsabile, l'équipe socio-riabilitativa s'incontra mediamente un mese prima della scadenza/rinnovo del progetto riabilitativo individuale.

In base agli esiti, conseguita la condivisione della famiglia/utente, il Medico Responsabile fa richiesta alla ASL di autorizzazione alla prosecuzione del progetto medesimo.

.....

## **ISTRUZIONE OPERATIVA "GESTIRE RECLAMI"**



9. Si tratta di un impegno di basilare importanza e rafforza il carattere di servizio posto nell'ottica del massimo rispetto del cliente/utente/famiglia. Sono state identificate le modalità con le quali viene assicurata la tutela delle persone con disabilità e delle loro famiglie, rispetto agli atti o ai comportamenti che neghino o limitino la fruibilità del servizio. L'organizzazione è impegnata a facilitare nella famiglia l'espressione del reclamo su disservizi eventualmente ricevuti.

A tal riguardo, su incarico del Direttore Sanitario, viene svolta un'approfondita istruttoria sul disservizio accaduto. Tale istruttoria può essere affidata all'Assistente Sociale così come a un membro dell'Ufficio Qualità interno (istituito ai sensi della norma ISO 9001:2015), purché a monte sia salvaguardato il basilare principio dell'indipendenza in riferimento all'area del disservizio oggetto di reclamo. Le tappe del reclamo sono:

**raccolta** (*chi raccoglie il reclamo aiuta la famiglia/utente a tradurre il disagio in una comunicazione completa ed esauriente*)

**istruttoria** (*chi conduce verifica che tutti gli elementi informativi necessari siano presenti*)

**formulazione e comunicazione della risposta**, in media entro venti giorni dalla presentazione del reclamo (*il più possibile flessibile e "personalizzabile" sulle aspettative specifiche; può essere una semplice informativa oppure una presentazione di scuse; può consistere nell'immediato rimedio al disservizio subito*)

**riesame** (*in caso di contestazione della famiglia/utente in merito all'accertamento dei fatti oppure in caso di rettifica di quanto denunciato in origine*).

La procedura del reclamo è:

- uniforme e standardizzata, pur tenendo conto della variabilità delle situazioni e quindi della elasticità necessaria alla pratica;
- imparziale, cioè evita qualsiasi pregiudizio a carico della persona che reclama, di membri del personale o dell'organizzazione;
- riservata, affinché i reclamanti non si sentano intimiditi ma anche affinché le accuse mosse siano conosciute solo dai diretti interessati.

.....

### **✓ LA LISTA D'ATTESA**

Nel servizio residenziale, la **lista d'attesa** è composta da candidati al servizio riabilitativo per i quali è possibile un inserimento solo a lungo termine, a causa delle attuali disponibilità strutturali e/o processuali.

Oltre al criterio cronologico di presentazione della richiesta d'inserimento, tale lista viene ripartita sulla base dello stimato impegno assistenziale/riabilitativo e, ancor più, della compatibilità con il gruppo già residente.

L'eventuale passaggio da un regime assistenziale socio-riabilitativo a un altro - ossia, dal semiresidenziale al residenziale - è da considerarsi privilegiato, a prescindere dalla lista d'attesa, al fine di facilitare/promuovere il proseguimento di un adeguato percorso di "presa in carico", di concerto con l'Azienda ASL territorialmente competente.

### **✓ GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità del servizio erogato, l'Associazione ANFFAS ROMA ONLUS promuove il **governo del rischio clinico**, finalizzato a creare e a diffondere ulteriormente una cultura condivisa della sicurezza delle persone con disabilità psico-fisica ogni giorno assistite, prendendo come riferimento l'esperienza ultracinquantennale acquisita così come le procedure di audit interno, di autocontrollo, d'intercettazione di "non conformità" e di "azioni correttive e/o preventive", dal 2009 adottate ai sensi della norma ISO 9001. Al riguardo, sono state identificate e condivise le seguenti linee di attività (contestualmente adottando apposite azioni di controllo e prevenzione).

#### **A) RACCOLTA SISTEMATICA DELLE INFORMAZIONI**

Segnalazione sistematica degli **eventi avversi** (*ossia, eventi inattesi correlati al processo assistenziale, comportanti un danno all'utente, non intenzionale e indesiderabile*) e/o di **'quasi eventi'** (*"eventi evitati"*), per poter apprendere e intervenire con le appropriate misure preventive e, più in generale, per diffondere le conoscenze e favorire la ricerca specifica nelle aree a maggiore criticità. La modalità di segnalazione avviene a cura di ogni operatore sanitario e socio-sanitario interessato, tramite l'utilizzo di un apposito modulo, da inviare al Medico Responsabile dello specifico "progetto riabilitativo individuale" e al Direttore Sanitario.

#### **B) RCA/GRUPPO DI ANALISI**

Al fine di prevenire gli eventi avversi, viene attuata l'analisi dei processi utilizzando la **"Root Cause Analysis"** (**RCA**), tramite la costituzione di un gruppo multidisciplinare composto dal Direttore Sanitario e/o dal Medico Responsabile, da un membro dell'Ufficio Qualità esperto in monitoraggio/analisi dei dati (con funzioni di "facilitatore"), nonché dai professionisti direttamente coinvolti nell'accaduto. Tale gruppo identifica le classi di cause (dalla comunicazione all'addestramento, dallo stress alla carente programmazione del lavoro, dall'ambiente alle attrezzature disponibili), prende atto delle azioni eventualmente già intraprese e propone un apposito "piano di miglioramento", a tutela della sicurezza dell'utente, al riguardo coinvolgendo – ove necessario – l'Amministrazione.

#### **C) INDIVIDUAZIONE DELLE CRITICITA'**

Sono state identificate, in termini di rischio e di frequenza, le seguenti possibili criticità:

Malattie trasmissibili per contatto, per via aerea e oro-fecale

Malattie trasmissibili per via ematica

Cadute accidentali

Errore nella somministrazione di farmaci

Rischio metabolico

Danni derivanti da agiti aggressivi

Ingestione accidentale di sostanze tossiche

Rischio di soffocamento in pazienti disfagici e non

Smarrimento/Allontanamento dell'utente

Violazione privacy/Perdita documentazione clinica.

### **✓ ATTREZZATURE PER IL PRIMO SOCCORSO**

Il Presidio socio-riabilitativo di Via Aurelia Antica 269/289, di cui fa parte integrante la microstruttura residenziale in oggetto, è in possesso – tra l'altro – delle seguenti attrezzature e farmaci:

- elettrocardiografo
- pallone auto-espansibile con maschere facciali e cannule endotracheali
- defibrillatore semiautomatico
- sfigmomanometro
- fonendoscopio
- laccio emostatico
- siringhe
- farmaci (cortisonici – antistaminici – antipertensivi – anticonvulsivanti – broncodilatatori).

### **✓ COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA E CONDIVISIONE**

La famiglia viene messa nella condizione di partecipare il più possibile alla programmazione delle attività riabilitative, in modo che conosca e approvi il Progetto Riabilitativo Individuale e, più in generale, ne condivida gli obiettivi, i tempi e le modalità di verifica.



Il diritto all'informazione e al coinvolgimento – *particolarmente sentito e promosso dall'Associazione come irrinunciabile "fattore di qualità"* – prevede che la famiglia sia messa nella condizione di partecipare il più possibile alla programmazione delle attività (diritto di scelta), che conosca e approvi il programma e, più in generale, che condivida le mete educative e riabilitative, gli obiettivi, i tempi e le modalità di verifiche, eccetera.

Ma non basta.

La consapevolezza del ruolo principale svolto dalla famiglia nel promuovere la crescita cognitiva, affettiva e comportamentale della persona con disabilità in carico, induce l'Associazione a includere nei programmi di assistenza riabilitativa e socio-educativa anche interventi diretti e indiretti con la famiglia medesima, che diventa così, nello stesso tempo, destinataria di aiuto e co-attore responsabile del processo di recupero e crescita del congiunto.

## ✓ **FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO**

La promozione e la riabilitazione delle persone con disabilità intellettiva e relazionale passa attraverso la conoscenza e la ricerca medica, psicologica, pedagogica e scientifica in genere.

I corsi di formazione/aggiornamento professionale, organizzati dall'Associazione ANFFAS ROMA ONLUS negli ultimi vent'anni, hanno avuto le seguenti tematiche di ordine sanitario e socio-sanitario (oltre a quelle sulla sicurezza nei luoghi di lavoro e sulla "privacy"):

- Cartella clinica riabilitativa
- Carta dei Servizi
- La presa in carico globale della persona con disabilità intellettiva e relazionale
- I ruoli organizzativi e il servizio alla persona
- Qualità ISO 9001:2008/2015
- Primo soccorso e procedure di emergenza sanitaria
- La gestione del rischio clinico
- Piano di Autocontrollo HACCP
- Assessment e valutazione funzionale
- La comunicazione attiva nelle professioni di aiuto
- Osservazione, valutazione e gestione dei comportamenti problematici
- Burn out.

## ✓ **ASPETTI IGIENICO-SANITARI**

Il servizio di pulizia del soggiorno, così come delle camere da letto, della sala multifunzione, della cucina e dei bagni (così come il servizio di pulizia delle sale di terapia parte del Presidio di Via Aurelia Antica, amministrazione inclusa), viene svolto come di seguito riportato:

- servizi giornalieri
  - arieggiatura locali;
  - vuotatura dei contenitori porta-rifiuti, cestini portacarte con cambio sacchetti;
  - spolveratura a umido dei tavoli, scrivanie, librerie, sedie e suppellettili vari;
  - spolveratura a umido dei telefoni e attrezzature varie;
  - aspirazione, lavaggio e sanificazione pavimenti e davanzali;
  - aspirazione, lavaggio e sanificazione pavimenti bagni;
  - lavaggio, sanificazione e disinfezione dei servizi igienico-sanitari;
  - deposizione compresse effervescenti sanificanti nei w.c.
  - deragnatura.
- servizi settimanali
  - pulizia vetri e porte (nonché, cambio delle lenzuola e asciugamani).

I prodotti usati per l'espletamento del servizio di pulizia dei suddetti locali e bagni, nonché per la disinfestazione periodica, posseggono le relative "schede tecniche di sicurezza" ai sensi della vigente normativa sulla sicurezza. Come da "scheda di autocontrollo in uso", il servizio di pulizia in oggetto viene quotidianamente svolto da personale qualificato in numero proporzionato alle esigenze, secondo turni di lavoro compatibili con le attività programmate.

## ✓ PIANO DI AUTOCONTROLLO HACCP (IGIENE DEGLI ALIMENTI)

L'Associazione è impegnata nell'osservanza scrupolosa della vigente normativa sull'Igiene degli Alimenti, sia per quanto riguarda il servizio di "ristorazione collettiva" destinato quotidianamente a utenti e operatori della tipologia semiresidenziale (servizio appaltato alla Società CAMST), che per quanto riguarda i professionisti sanitari interni, impegnati nell'attività di cucina presso la Residenza "Casaletto", adeguatamente in merito formati (come da "piano di autocontrollo HACCP").

## ✓ MANUTENZIONE

L'Associazione è impegnata altresì nella manutenzione e verifica periodica delle strutture e delle attrezzature in uso. Al riguardo, è stato implementato un piano di periodico "autocontrollo" e di registrazione degli interventi ("Impianti e apparecchiature sottoposti a verifica"), parte integrante della Procedura PRO.ANFFASROMA.05/01 (Procedura del Processo di Gestione delle Risorse Umane e Strumentali/Materiali).

## ✓ SMALTIMENTO RIFIUTI SPECIALI

Lo smaltimento dei rifiuti sanitari speciali, ove presenti, è affidato a una Società esterna specializzata in tale ambito, nel pieno rispetto dei tempi e dei modi previsti dalla normativa vigente.

È fatto obbligo al personale sociosanitario di gettare i rifiuti potenzialmente infetti negli appositi contenitori; sarà cura dell'infermiere professionale riempire accuratamente il registro di carico e scarico.

La medesima procedura vale per i toner usati.

## ✓ GESTIONE DEI FARMACI/DIETA MEDICA

La (eventuale) terapia farmacologica prescritta è riportata nell'apposita sezione della "cartella clinica" e, in caso di variazione, viene tempestivamente aggiornata dal Medico Responsabile.

Viene altresì utilizzata una scheda riassuntiva della farmacoterapia, per tutti gli utenti in carico.

I farmaci sono custoditi in un armadietto chiuso a chiave, con una dotazione distinta per ogni utente. Ai fini del necessario approvvigionamento, i farmaci vengono controllati costantemente per la quantità disponibile e per la scadenza, in maniera che – per tempo – il medico di base provveda alla nuova prescrizione.

In un'ottica riabilitativa, gli operatori sanitari e sociosanitari della struttura residenziale mirano all'acquisizione della maggiore autonomia possibile, da parte di ogni utente, nella gestione dei farmaci d'interesse, con programmi di responsabilizzazione e di apprendimento delle modalità di assunzione.

Al contempo, per gli utenti non in grado, su formale autorizzazione del familiare/tutore, alla somministrazione può provvedere l'operatore sanitario e/o socio-sanitario di turno.

La struttura residenziale dispone di una cassetta contenente farmaci per il primo e urgente intervento.

In caso di necessità, la struttura residenziale provvede alla dieta medica (su prescrizione del Medico Responsabile interno o di altro sanitario abilitato).

## ✓ TUTELA DELLA "PRIVACY"/ SISTEMA INFORMATICO E INFORMATIVO

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (e s.m.i.), nelle strutture viene sistematicamente assicurata la sicurezza dei dati personali – *sensibili e non* – in trattamento; è stato elaborato al riguardo il Documento Programmatico sulla Sicurezza/D.P.S. (annualmente aggiornato) e, tra l'altro, sono stati nominati, e adeguatamente formati all'utilizzo delle corrette procedure previste dal "Disciplinare tecnico", sia i "Responsabili" che i vari "Incaricati" al trattamento (ossia, il personale tutto – amministrativo e sociosanitario, a vario titolo in tal senso impegnato).

### SISTEMI DI IDENTIFICAZIONE E AUTENTICAZIONE

ANFFAS ROMA Onlus ha attivato un sistema d'autenticazione per ognuno degli Incaricati che trattano dati personali con strumenti elettronici.

Attesa la particolare delicatezza dei dati inerenti le patologie degli utenti e i processi terapeutici e socio-riabilitativi oggetto di trattamento mediante i computer connessi in rete, sono stati previsti specifici processi di autenticazione non soltanto a livello di sistema operativo, ma anche per l'accesso e l'utilizzo dell'applicazione "Gestione Cartelle Cliniche Riabilitative Elettroniche", sviluppata per consentire all'équipe socio-riabilitativa della struttura (i cui componenti sono: medici specialisti, psicologo, terapisti, educatore professionale, infermiere professionale,



assistente sociale, O.S.S.) di operare secondo la multi-disciplinarietà indicata dalla normativa vigente, mediante uno strumento che:

- da un lato, consente all'intera équipe di visualizzare l'intero contenuto della cartella;
- dall'altro, consente a ogni singolo componente di alimentare la cartella soltanto nell'ambito della propria sfera di competenza.

I dati in trattamento, di regola, sono organicamente inseriti nella "cartella clinica riabilitativa", documento eminentemente sanitario che si apre e si chiude con l'attivazione e con la conclusione di ciascun P.R.I. (progetto riabilitativo individuale), la cui durata varia mediamente fino a un massimo di 180/365 giorni di effettiva "presa in carico", rinnovabile. Tale cartella comprende i dati anagrafici e anamnestici dell'utente assistito, le valutazioni funzionali iniziali, intermedie e finali (a opera di ciascun professionista dell'équipe incaricata dal Direttore Sanitario e coordinata dal Medico Responsabile), il progetto iniziale, intermedio e finale (eventualmente da rinnovare allo scadere dei termini), il programma terapeutico delle attività, eccetera.

I codici identificativi sono frequentemente aggiornati, inserendo quelli dei nuovi Incaricati e cancellando quelli degli Incaricati non più autorizzati.

Per tutto quanto attiene alle modalità di utilizzo degli strumenti elettronici, si rinvia al "**Regolamento di utilizzo degli strumenti elettronici e di gestione dei documenti cartacei**".

È stato altresì implementato un **sistema informativo interno**, a garanzia della corretta ed esaustiva circolazione dei dati di tipo organizzativo/logistico e di tipo clinico/assistenziale, nonché un sistema informativo "esterno" con le famiglie (non ultimo, per la condivisione del P.R.I.) e con i Referenti istituzionali (ASL, Regione, Comune, eccetera). Tale sistema, nella sua complessità oggetto di azioni di miglioramento continuo, è stato illustrato e formalizzato (nonché adeguatamente divulgato) con la procedura PRO.ANFFASROMA.04/01 (Procedura del processo di comunicazione aziendale).

#### FLUSSI INFORMATIVI VERSO REGIONE LAZIO E ASL

Il **SIAR** si basa sulla rilevazione di un insieme minimo di informazioni per ogni utente in carico alla struttura erogatrice mediante la compilazione periodica di una "scheda-utente", composta di sei sezioni:

SEZIONE A – *Anagrafica del soggetto e del progetto*: rileva informazioni generali sul soggetto e sul progetto;

SEZIONE B – *Caratteristiche individuali*: copre informazioni relative alle caratteristiche individuali dell'utente;

SEZIONE C – *Modalità di accesso, storia riabilitativa*: fornisce informazioni sulle modalità di accesso e sulla storia riabilitativa dell'utente;

SEZIONE D – *Valutazione iniziale*: copre informazioni relative alla valutazione iniziale dell'utente;

SEZIONE E – *Progetto riabilitativo*: fornisce informazioni sulla realizzazione del progetto riabilitativo individualizzato;

SEZIONE F – *Conclusione del progetto*: dà informazioni sulla conclusione del progetto riabilitativo realizzato.

### ✓ **MODALITA' DI TUTELA E VERIFICA (ESPRESSIONE DEL RECLAMO)**

La Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 ("Principi sull'erogazione dei servizi pubblici" e s.m.i.) precisa come gli utenti debbano essere tutelati nel caso in cui non venga mantenuta, da parte dell'Ente erogatore, la "Qualità Promessa": in altre parole, una volta stabiliti gli Standard dei vari servizi erogati, il soggetto erogatore deve mantenerli e, nel tempo, migliorarli. Pertanto, in caso di mancato rispetto degli standard dichiarati nella Carta dei Servizi, l'utente non solo può reclamare, ma deve essere tutelato e agevolato dallo stesso Ente erogatore nel suo reclamo.

**L'aspetto della tutela è il punto più alto del concetto di servizio** in quanto la struttura erogatrice deve adottare meccanismi e soluzioni che mettano l'utente in grado di difendersi dalla struttura erogatrice stessa.

L'Associazione ANFFAS ROMA ONLUS ha adottato **idonee procedure di gestione dei reclami** al fine di garantire:

- acquisizione e valutazione di tutti i reclami;
- medesima considerazione ed equo trattamento;
- riservatezza di quanto esposto;
- rapida e chiara risposta.

La procedura del reclamo – sotto la responsabilità del Direttore Sanitario – risulta suddivisa nelle seguenti quattro fasi:

#### **1: raccolta del reclamo**

È fondamentale che chi raccoglie il reclamo sappia aiutare l'utente a tradurre questo disagio in una comunicazione completa ed esauriente, affinché il sistema di gestione dei reclami raggiunga i suoi obiettivi. In questo senso, ognuno dei seguenti punti deve essere indagato in maniera decisa anche se cortese e rispettosa:

- tipo di evento che ha provocato il disagio nell'utente;
- svolgimento dei fatti;
- danni subiti ed aspettative dell'utente.

Una volta raccolto l'insieme delle informazioni "rilevanti", bisogna decidere sull'iter da seguire, ovvero se aprire o meno un'istruttoria. In molti casi può essere data una risposta immediata senza ricorrere all'istruttoria. I casi in cui l'istruttoria deve essere aperta possono essere quelli in cui l'episodio fa riferimento a condizioni non immediatamente verificabili.

## 2: istruttoria

La fase dell'istruttoria, ovvero quella dell'indagine interna per l'accertamento dell'accaduto, è una delle fasi più delicate e investe direttamente il problema delle responsabilità. I passi procedurali dell'istruttoria si possono così sintetizzare:

- affidamento dell'istruttoria (conduzione dell'indagine)
- verifica di congruenza e completezza, ovvero verifica che tutti gli elementi informativi richiesti siano presenti al fine di poter formulare e comunicare la risposta all'utente.

## 3: formulazione e comunicazione della risposta

La risposta può essere immediata nei casi facilmente verificabili oppure può essere data dopo un'attività di istruttoria e indagine (comunque, non oltre venti giorni dalla presentazione del reclamo).

## 4: il "riesame"

Può essere prevista una fase di "riesame" nei casi in cui, per esempio, c'è una contestazione da parte dell'utente in merito all'accertamento dei fatti o c'è una rettifica rispetto a quanto denunciato in origine.

Un tipo di strumento utile è costituito dalla "**scheda per la racconta del reclamo**": può aiutare l'operatore a raccogliere e l'utente a fornire le informazioni rilevanti. Nel caso di presentazione orale (diretta o telefonica) è opportuno che l'operatore compili la scheda in base a quanto detto dall'utente, chiedendo poi la verifica di quanto scritto.

## IL QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE

*Nel quotidiano ogni persona, con la sua storia e con la sua attualità assolutamente individuali, interagisce con la storia e l'attualità assolutamente peculiari del microcosmo e della società in cui vive: da questa interazione deriva la "soddisfazione soggettiva" che s'intende rilevare con i **questionari** e che richiede da parte dell'Ente Erogatore la condivisione del seguente principio: "ciò che è soggettivo non è meno reale di ciò che è oggettivo e merita pertanto la stessa attenzione e la stessa considerazione".*

La valutazione di qualità/gradimento può essere riferita essenzialmente ai seguenti **fattori generali**:

- o le prestazioni ricevute;
- o l'accoglienza, il rispetto, la cortesia, le attenzioni ricevute e le relazioni interpersonali in genere;
- o il rispetto della sequenza e della puntualità nell'attuazione dei programmi previsti;
- o la possibilità dell'utente/familiare di sentirsi parte attiva nel percorso assistenziale-educativo e sanitario tracciato nel "progetto individuale";
- o le prestazioni alberghiere;
- o le informazioni nonché la riservatezza del loro trattamento.

Il questionario può concludersi con una parte di libera espressione di osservazioni, critiche, suggerimenti.

12 NOVEMBRE 2024 - IL DIRETTORE SANITARIO, DOTT. MASSIMO CERCIELLO

ANFFAS ROMA Onlus

Sanitario

Dott. Massimo Cerciello

LA PRESIDENTE E LEGALE RAPPRESENTANTE, ANNA MAFALDA FERRARO



*Anna Mafalda Ferraro*



**N.B.:**

DEL PRESENTE **REGOLAMENTO INTERNO**

– TEMPESTIVAMENTE CONSEGNATO A OGNI PARTE INTERESSATA, IN PRIMIS  
UTENTI/FAMIGLIE E OPERATORI –

VANNO CONSIDERATI COMPONENTI INTEGRANTI I DOCUMENTI (PROCEDURE E  
MODULISTICA) CONTENUTI NEL COSIDDETTO “MANUALE DELLE INFORMAZIONI  
DOCUMENTATE”, REDATTO AI SENSI DELLA **NORMA ISO 9001:2015**, DISPONIBILE – SU  
RICHIESTA – PRESSO LA SEDE AMMINISTRATIVA DI ANFFAS ROMA ONLUS  
(VIA AURELIA ANTICA 289/ROMA – TEL. 06.635263 – 06.634785 – E MAIL: [anffasroma@tiscali.it](mailto:anffasroma@tiscali.it)).