Azienda di Servizi alla Persona
**"GOLGI - REDAELLI'**

**LINEE OPERATIVE PER L'ASSISTENZA NON SANITARIA INTEGRATIVA E PRIVATA PRESSO GLI ISTITUTI**

*Il ricovero rappresenta sempre per la persona e la sua famiglia un momento di disagio, imputabile in particolare allo stato di incertezza provocato dall'allontanamento dal proprio domicilio, nonchè dal proprio ambiente familiare e amicale.*
*Si rende, quindi, talvolta necessario garantire all'ospite la possibilità di contrastare il disagio psicologico dell'allontanamento dal proprio ambiente, anche attraverso la vicinanza di un familiare, amico o persona di fiducia al fine di riprodurre un clima umanizzante e rassicurante per il ricoverato, disciplinando l'accesso e la permanenza (anche in orari non di visita) nei reparti di degenza di familiari, care givers/badanti e comunque persone delegate all'assistenza non sanitaria, integrativa e privata.*

DI COSA SI TRATTA
Per "Assistenza Non Sanitaria Integrativa e Privata" si intende l'insieme di attività prestate – con carattere di continuità e/o periodicità definita - al degente, come supporto psicologico, affettivo e relazionale, ovvero tutte quelle azioni di sostegno personale che non contrastano con le sue condizioni cliniche e/o con l'organizzazione della struttura (esempio: fare compagnia, aiutare nell'alimentazione, effettuare piccole commissioni, ecc.).
Sono escluse dall'assistenza integrativa non sanitaria le funzioni prettamente assistenziali in quanto di competenza esclusiva del personale dell'Istituto, nonché le quotidiane visite ai congiunti, amici o conoscenti, effettuate negli orari di visita.
L'assistenza sanitaria alle persone ricoverate è garantita - ed erogata - esclusivamente dal personale medico, infermieristico ed assistenziale dell'Istituto e ne comporta la diretta responsabilità e non è in alcun modo delegabile.
Chi presta l'assistenza integrativa è tenuto ad attenersi rigorosamente a tutte le regole e le modalità di funzionamento dei reparti ed alle prescrizioni del personale interno, a cui devono rivolgersi per qualsiasi esigenza.
In particolare l'assistenza potrà avvenire solo nei limiti e con le modalità previste dall'Istituto.

CHI PUO' SVOLGERLA
I soggetti ammessi a svolgere l'assistenza non sanitaria integrativa e privata ai degenti possono essere:
a) i componenti del nucleo familiare ovvero della cerchia parentale o amicale;
b) le/gli assistenti familiari/badanti personali del ricoverato o dipendenti da agenzie e società cooperative che svolgono attività di assistenza integrativa privata a pagamento.
Le eventuali spese di assistenza integrativa non sanitaria sono totalmente a carico del richiedente.

CHI PUO' RICHIEDERLA
La richiesta di assistenza non sanitaria può pervenire sia dal paziente ricoverato che dal suo familiare, oppure dall'amministratore di sostegno/tutore/curatore, o da un fiduciario indicato dall'ospite ai sensi di legge, utilizzando l'apposita modulistica (Allegato 1).

RESPONSABILITA'
In caso di assistenza integrativa non sanitaria espletata a titolo oneroso da parte di assistenti familiari/badanti ovvero da lavoratori/lavoratrici che prestano assistenza con rapporto di lavoro sia di tipo privatistico sia mediante cooperative sociali, agenzie e imprese anche individuali, poiché il rapporto giuridico (contratto) è instaurato direttamente fra il richiedente e l'operatore, l'Azienda rimane terza e declina ogni responsabilità anche a carattere penale, da qualsiasi causa generata, ivi compresa la responsabilità per danni - diretti o indiretti - morali e patrimoniali che possano essere arrecati all'Azienda, ai suoi dipendenti, a terzi (comprendendosi in tale terminologia anche il paziente ed i propri familiari),in quanto derivanti o correlati all'attività prestata in favore delle persone ricoverate. Tale responsabilità resta, quindi, in capo all'incaricato e al suo dante causa.

Anche in caso di assistenza integrativa non sanitaria espletata a titolo gratuito, l'Azienda rimane terza e declina ogni responsabilità derivante o correlata all'attività prestata in favore delle persone ricoverate.

## AUTORIZZAZIONE

La domanda compilata e sottoscritta dal richiedente va consegnata al Coordinatore di Reparto che – previa valutazione congiunta con il responsabile Medico di reparto – nega o rilascia l'autorizzazione.
L'originale viene conservato nel fascicolo sanitario dell'interessato.
Una copia verrà rilasciata all'incaricato, che dovrà esibirla a richiesta.

## ORARI

La presenza nei reparti di degenza dell'incaricato, preventivamente autorizzato, viene consentita in base alla valutazione dell'equipe di reparto, per il tramite del Coordinatore di Reparto.

## NORME DI COMPORTAMENTO

Le persone autorizzate a svolgere assistenza non sanitaria integrativa e privata sia a titolo gratuito che oneroso sono obbligate a rispettare, scrupolosamente, gli orari, le disposizioni interne e le seguenti norme comportamentali:

- indossare abiti decorosi;
- non interferire nelle mansioni del personale interno, né sostituirsi ad esso;
- richiedere l'intervento del personale di reparto, cui compete erogare l'attività assistenziale e sanitaria, per qualsiasi esigenza della persona ricoverata che esuli dalle funzioni connesse con il "sostegno alla persona";
- rispettare scrupolosamente le norme igienico-sanitarie, organizzative e di sicurezza del reparto;
- non somministrare alimenti e/o bevande e non svolgere altre attività assistenziali senza preventiva autorizzazione del personale socio-sanitario del reparto;
- non introdurre nella stanza di degenza brande pieghevoli o poltrone sdraio e non utilizzare letti liberi eventualmente presenti e carrozzine;
- non prelevare biancheria o altro materiale di proprietà della struttura o di altri ospiti e non lasciare materiali/oggetti personali nel reparto;
- tenere il massimo riserbo sulle condizioni di salute del degente assistito e non diffondere informazioni apprese durante la permanenza presso il reparto (normativa sulla privacy);
- mantenere un atteggiamento orientato al massimo rispetto verso il paziente, gli altri ospiti, il personale ed il luogo nel quale si opera;
- non fare opera di propaganda della propria attività né di attività altrui presso i degenti, i familiari ed il personale interno nella struttura e/o mentre si svolgono le proprie funzioni;
- non entrare nei locali di servizio del reparto;
- gestire i rapporti di natura economica direttamente con i richiedenti.

## SANZIONI

Qualunque comportamento ritenuto non conforme o comunque non consono al buon andamento della attività assistenziale può dar luogo, ad insindacabile giudizio del Coordinatore di Reparto, alla revoca dell'autorizzazione e al conseguente allontanamento del soggetto responsabile che non potrà ulteriormente prestare attività di assistenza privata presso l'Azienda.

## IL PERSONALE INTERNO

Il personale interno non può richiedere a coloro che svolgono attività di assistenza privata di assolvere alle attività di propria competenza.
La vigilanza sul rispetto delle norme contenute nel presente documento da parte delle persone autorizzate è di competenza dei Coordinatori di Reparto o loro sostituti, che – d'ufficio, o qualora vi sia specifica segnalazione del personale sanitario-assistenziale del reparto, o in base a eventuali esposti di degenti e/o loro familiari – prende le dovute iniziative.
Eventuali non conformità possono essere segnalate utilizzando l'Allegato 2.

Milano,

Allegati:
Allegato 1 – Domanda per autorizzazione presenza in reparto
Allegato 2 - Modulo segnalazione non conformità alle "linee operative per l'assistenza non sanitaria integrativa e privata" presso gli Istituti.

ALLEGATO 1

**Domanda per autorizzazione presenza in Reparto dell'incaricato assistenza NON sanitaria**

*(N.B.: In caso di più assistenze, per uno stesso ricoverato, vanno presentate distinte domande)*

Al Coordinatore del Reparto.....
Istituto .....

Io sottoscritto/a.....

□ Personalmente, in quanto ricoverato/a presso il Reparto ... ..... di codesto Istituto

Ovvero, in qualità di

□ Familiare (specificare il grado di parentela .....)
□ Tutore □ Curatore □ Amministratore di sostegno □ Fiduciario
*identificato con documento allegato (*)*

del Sig./della Sig.ra ……..ricoverato/a presso il Reparto ... ..... di codesto Istituto

COMUNICO

di aver incaricato, sotto la mia personale responsabilità, e come persona di mia fiducia, il/la Signor/a ..... ..... ..... ..... identificata mediante documento di identità allegato (*), che sottoscrive la presente, per l'erogazione dell'assistenza NON sanitaria integrativa e privata ovvero per compiti di sostegno, compagnia, supporto psicologico-affettivo, aiuto personale, piccole commissioni, etc..

CHIEDO

l'autorizzazione a che Io/la stesso/a possa permanere nel Reparto di degenza negli orari consentiti così come definiti dal Coordinatore di Reparto.

**I sottoscrittori dichiarano,**

sotto la propria responsabilità, consapevoli delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 del decreto presidente della repubblica n. 445/2000)

- che il/la Signor/a ..... ... ..... ..... ..... ... ... ..... ... ....è in regola con la normativa relativa al soggiorno in Italia, esonerando l'Azienda/l'Istituto da ogni responsabilità in termini di osservanza delle norme in materia di ordine pubblico.

**I sottoscrittori dichiarano, inoltre**:

- di conoscere, aver compreso i contenuti e accettare incondizionatamente le "*linee operative per l'assistenza non sanitaria integrativa e privata presso gli Istituti"* vigenti nel tempo, e di impegnarsi ad osservarle;
- di conoscere le informazioni in materia di tutela della riservatezza dei dati personali di cui al Regolamento UE 2016/679, dando atto altresì di aver preso visione dei documenti aziendali "Registro delle attività di trattamento" e "Sistema di gestione della Privacy – Modello Organizzativo di Protezione dei dati", pubblicati sul sito istituzionale;
- di autorizzare, conseguentemente, il trattamento dei dati per le esigenze connesse alla trattazione, come da informativa allegata e sottoscritta (*)

Milano,

il richiedente....._____
l'incaricato....._____

*(*) allegati:*
*documento identità richiedente*
*documento identità incaricato*
*informativa privacy "Parenti, familiari, care givers, amministratori di sostegno, curatori, tutori, fiduciari di Ospiti e utenti diversi degli Istituti geriatrici amministrati" rinvenibile sul sito www.golgiredaelli.it – amministrazione trasparente – altri contenuti – privacy- informative*

°°°

Allegato determinazione dirigenziale

**Spazio riservato al Coordinatore di Reparto**

Vista la richiesta sovraestesa, sentito il responsabile Medico del Reparto, e in base alla valutazione dell'equipe di Reparto

□ si AUTORIZZA □ NON si autorizza

il/la Sig./a .....

a permanere nel Reparto .....

DALLE ORE ..... ALLE ORE .....
DALLE ORE ..... ALLE ORE .....

luogo, lì.....

Il Coordinatore di Reparto

.....

*L'originale viene conservato nel fascicolo sanitario dell'interessato.*

*Una copia viene rilasciata all'incaricato, che dovrà esibirla a richiesta.*

Allegato determinazione dirigenziale

ALLEGATO 2

**Modulo segnalazione non conformità alle "linee operative per l'assistenza non sanitaria integrativa e privata presso gli Istituti"**

Al Coordinatore di Reparto

Reparto: .....

Incaricato: Sig./Sig.ra.....

Ospite assistito: Sig./Signora.....

**NON CONFORMITA' rilevate**:

- non indossa abiti decorosi;
- interferisce nelle mansioni del personale interno, e/o si sostituisce ad esso;
- non richiede l'intervento del personale di reparto, cui compete erogare l'attività assistenziale e sanitaria, per qualsiasi esigenza della persona ricoverata che esuli dalle funzioni connesse con il "sostegno alla persona";
- non rispetta scrupolosamente le norme igienico-sanitarie, organizzative e di sicurezza del reparto;
- somministra alimenti e/o bevande e/o svolge altre attività assistenziali senza preventiva autorizzazione del personale socio-sanitario del reparto;
- introduce nella stanza di degenza brande pieghevoli o poltrone sdraio e/o utilizza letti liberi eventualmente presenti e carrozzine;
- preleva biancheria o altro materiale della struttura e/o lascia materiali/oggetti personali nel reparto;
- non tiene il massimo riserbo sulle condizioni di salute del degente assistito e/o diffonde informazioni apprese durante la permanenza presso il reparto;
- non mantiene un atteggiamento orientato al massimo rispetto verso il paziente, il personale ed il luogo nel quale opera;
- fa opera di propaganda della propria attività e/o di attività altrui presso i degenti, i familiari ed il personale interno nella struttura e/o mentre svolge le proprie funzioni;
- entra nei locali di servizio del reparto;
- non gestisce i rapporti di natura economica direttamente con i richiedenti.

Breve descrizione della mancanza e/o di altro comportamento ritenuto non conforme o comunque non consono al buon andamento della attività assistenziale:

_____
_____
_____
_____

luogo, lì .....

Il Rilevatore (qualifica e firma)

_____

°°°

Allegato determinazione dirigenziale

**Spazio riservato al Coordinatore di Reparto**

Vista la segnalazione sovraestesa, si procede alla **revoca dell'autorizzazione** e al conseguente **allontanamento** del Sig./della Sig.ra....., che non potrà ulteriormente prestare attività di assistenza privata presso l'Azienda.

luogo, lì.....

Il Coordinatore di Reparto

.....

*L'originale viene conservato nel fascicolo sanitario dell'interessato.*

*Una copia viene rilasciata all'incaricato.*

*Una copia viene rilasciata al richiedente.*