

PROGETTO

"PRESTAZIONI DI ASSISTENZA DOMICILIARE
AGGIUNTIVE ANCHE IN ATTUAZIONE A
PROGETTI EUROPEI, NAZIONALI E REGIONALI,
SPECIFICATAMENTE DEDICATI ALLA
DOMICILIARITÀ "



nuovofuturo



Cuore Liburnia Sociale



LOTTO N. 2 - CIG 9489134917

INDICE

INTRODUZIONE	1
SCHEDA TECNICA B - PRESTAZIONI OPZIONALI - PRESTAZIONI DI ASSISTENZA DOMICILIARE AGGIUNTIVE ANCHE IN ATTUAZIONE A PROGETTO EUROPEI, NAZIONALI E REGIONALI, SPECIFICATAMENTE DEDICATI ALLA DOMICILIARITÀ.....	2
PREMESSA.....	2
DESCRIZIONE DEL SERVIZIO.....	3
FASI DI SVILUPPO DEL PERCORSO	3

INTRODUZIONE. Nell'ambito del Decreto n.77 del 23/05/2022 del Ministero della Salute si attua la rimformazione di Settore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e si definisce un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale, considerando anche la Legge n. 234 del 30/12/2021 che mira a favorire l'integrazione tra gli ambiti sanitari, sociosanitari e sociali ferme restando le rispettive competenze.

Alla luce della situazione globale attuale e all'interno di questo panorama, i principi di universalità, uguaglianza ed equità che caratterizzano da sempre il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) devono rimanere come principi ispiratori e elementi fondanti dell'assistenza alla persona; si rende tuttavia necessario uno sforzo ulteriore in modo che tutte le tipologie di assistenza possano costituire, insieme, un sistema vicino alla comunità e da essa derivante e condiviso, sia nella fase progettuale che nei diversi step attuativi. L'approccio nei confronti dei servizi domiciliari delle cooperative si ispira ai principi di integrazione tra assistenza sanitaria e sociale con tutti gli attori del SSN, dei servizi territoriali e i care-giver al fine di realizzare una presa in carico della persona a livello olistico con particolare attenzione alle condizioni di maggiore fragilità (Planetary Health). Questo approccio nasce dall'analisi dei dati di studio nazionali svolti con il metodo della stratificazione della popolazione per intensità di bisogni e grazie anche al contributo dei modelli di servizi digitalizzati che permettono di sfruttare presso il domicilio, interventi di telemedicina e telemonitoraggio come integrazione della rete professionale territoriale che ruota intorno alla persona assistita. L'integrazione con sistemi innovativi e multimediali era già promossa dalla regione toscana attraverso la DGRT 464 del 6 aprile 2020, in attuazione del DGR497/2014 "Intesa Stato - Regioni sulle Linee di indirizzo nazionali di telemedicina", Allegato A in cui vengono declinate le attività di telemedicina e teleriabilitazione (televisite di controllo e telecolloqui - teleconsulto - attività di consulenza a distanza fra medici e/o altre figure specialistiche), in ragione del confronto a distanza, rispetto alla diagnosi e presa in carico dei pazienti.

"L'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da Equipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone." (Assistenza Primaria - Direzione Generale Commissione Salute Europea).



Il DL n. 77/2021 nell'Allegato n. 1 definisce "la casa come primo luogo di cura all'interno della programmazione sanitaria nazionale e diviene il setting privilegiato dell'assistenza territoriale". Le cure domiciliari, in base a diversi livelli di intensità e complessità di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire a domicilio specifici percorsi di cura in base ad un Piano Personalizzato redatto dai servizi territoriali. Il modello adottato per la gestione dei servizi fa riferimento all'approccio metodologico e organizzativo del "case management" (modello regionale), in cui si differenziano e si delineano i diversi ruoli svolti dai soggetti

**MODELLO
GESTIONALE MULTI
PROFESSIONALE
INTEGRATO E
FLESSIBILE**

che, a vario titolo operano a favore della persona e del nucleo familiare, individuando le modalità di relazione e integrazione del lavoro, lungo le varie fasi del processo di intervento, al fine di perseguire gli obiettivi definiti dalle diverse equipe di riferimento dell'utenza (UVM, UVMMD, CDCD e altri gruppi di progetto...) e di cui il case manager (responsabile del 'caso' per conto dell'equipe multidisciplinare dell'az. USL TNO) rappresenta la figura di "core" della rete multiprofessionale. L'approccio integrato consente:

1) l'effettiva valutazione multidimensionale del bisogno 2) la cura e la pianificazione di interventi personalizzati che coinvolgono utente e caregiver in maniera attiva nel proprio percorso di assistenza e sostegno, che integrano l'intero sistema di azioni che ruotano nel progetto assistenziale impostato 3) la revisione periodica dello stato di salute, delle condizioni psico-fisiche, socio-sanitarie, relazionali della persona e al contempo la revisione e adattamento della Progettualità Individualizzata.

Il nostro approccio metodologico nella presa in carico dell'utente, alla luce dei modelli di riferimento in seguito descritti, prende vita dall'assunzione e adesione agli obiettivi e bisogni che emergono dalle valutazioni multidimensionali dell'UVM e degli altri gruppi di progetto (UVMMD, CDCD...) attivi per i diversi target di utenza dei percorsi assistenziali previsti dal Lotto. Tali input vengono riportati nella Progettazione Individualizzata veicolata dai gruppi di progetto stessi al Coordinatore Unico del RTI (facente parte dello staff di coordinamento messo a disposizione per la funzionalità del servizio oggetto di gara).

L'iter metodologico adottato consente attraverso precisi ambiti di osservazione, valutazione e riformulazione, di modulare gli interventi attraverso una presa in carico dello stato di bisogno dell'utente, che risponde agli obiettivi specifici peculiari della singola persona >nel rispetto della sua storia, delle sue abitudini, interessi, bisogni espressi e latenti >integrata con le indicazioni dei Gruppi dell'Az. USL TNO e in linea con gli obiettivi specifici presenti nel PAP >flessibile nell'articolazione delle singole prestazioni, intesa come globalità di intervento e non come adozione rigida della mansione >attenta ad articolare i singoli interventi in maniera funzionale alle esigenze e ritmi di vita della persona >integrata con le attività dei servizi di rete, sia sul territorio che rispetto alle strutture

residenziali e semiresidenziali, ospedaliere, ambulatoriali.

CARTELLA UTENTE WEB

L'iter proposto per la presa in carico e gestione del servizio all'utente si struttura secondo modalità coerenti con la complessità dell'intervento di assistenza previsto, adottando modalità di progettazione, attuazione e verifica degli interventi di tipo circolare con la finalità di rendere efficaci e personalizzati gli interventi stessi. La progettualità viene coadiuvata dalla **Cartella Utente Web** (CU Web) come strumento di aggiornamento e condivisione in tempo reale a favore di tutti i soggetti coinvolti nell'operatività del servizio (interni all'equipe ed esterni).

La proposta di una cartella web condivisibile con utente, familiari, MMG, personale socio-sanitario e riabilitativo Az. USL viene posta a valutazione dell'Ente, come modalità innovativa di condivisione, in tempo reale, in assoluta sicurezza per la privacy (utilizzo di sistema con login e password personalizzate - nel rispetto delle normative della privacy e sicurezza nella gestione dei dati personali e sensibili - ai sensi del Reg UE - GDPR 679/16 e dei regolamenti policy), delle informazioni inerenti il caso, sia rispetto allo stato di salute dell'utente, dell'ambiente di vita, sia come andamento del Progetto di intervento. Questo sistema facilita la circolarità e trasparenza delle informazioni e la verificabilità degli interventi. Il RTI tramite gli esperti di SlxS (sviluppatore di GecosPlus e CU Web) assicureranno la formazione on the job, a titolo gratuito ed in orari confacenti al personale dell'Ente che verrà coinvolto nella condivisione del sistema. La Cartella Web potrà essere utilizzata ad integrazione del sistema informatizzato in uso all'Az. USL TNO - "AsterCloud". In caso di aggiudicazione i tecnici sviluppatori di GecosPlus garantiranno le modalità tecniche di interfaccia con il sistema adottato dalla PA e comunque saranno garantiti tutti i flussi informativi diretti alle figure dei servizi titolari dei casi, in modo da assicurare la piena circolarità e trasparenza delle informazioni.

Segue la descrizione dettagliata delle PRESTAZIONI

OPZIONALI - PRESTAZIONI DI ASSISTENZA DOMICILIARE AGGIUNTIVE ANCHE IN ATTUAZIONE A PROGETTO EUROPEI, NAZIONALI E REGIONALI, SPECIFICAMENTE DEDICATI ALLA DOMICILIARITÀ - SCHEDA TECNICA B.

Il capitolo sarà articolato in **Modelli di riferimento**, **Descrizione del servizio** (Finalità, destinatari e luoghi di svolgimento del servizio) e **Fasi di sviluppo del percorso** (presa in carico, Prestazioni..).

SCHEDA TECNICA B - PRESTAZIONI OPZIONALI - PRESTAZIONI DI ASSISTENZA DOMICILIARE AGGIUNTIVE ANCHE IN ATTUAZIONE A PROGETTO EUROPEI, NAZIONALI E REGIONALI, SPECIFICAMENTE DEDICATI ALLA DOMICILIARITÀ.

PREMESSA. Il RTI assicurerà quanto necessario per lo svolgimento di tali progetti, affiancando l'Ente in quanto verrà richiesto. Ci preme sottolineare che entrambe le cooperative hanno un'esperienza pluriennale nella progettazione, co-progettazione con enti pubblici e privati di servizi (anche di carattere innovativo e sperimentale) di natura regionale, ministeriale ed europea.

Citiamo a titolo esemplificativo: ●**Progetto SIA (Sostegno per l'Inclusione Attiva)** come azione di sostegno alle famiglie in condizione di povertà nelle quali almeno un componente sia minorenne oppure sia presente un figlio disabile (anche maggiorenne) o una donna in stato di gravidanza accertata - **sostituito dal REI (Reddito di Inclusione) - attualmente confluito nel RdC (Reddito di Cittadinanza)**: come misura di contrasto alla povertà, la SdS Valli Etrusche ha destinato una quota dei fondi per attività educative a domicilio con l'obiettivo di aiutare le famiglie a superare la condizione di povertà educativa e riconquistare gradualmente l'autonomia. ●**Progetti di inserimento al lavoro di persone disabili e vulnerabili POR FSE 2014- 2020 - AdG Settore Innovazione Sociale**: Il RTI ha preso parte alla progettazione e realizzazione del progetto attraverso: l'organizzazione e gestione generale del progetto, il supporto alla rendicontazione dei vari partner, l'orientamento, la progettazione personalizzata, scouting, matching, tutoring e mansioni amministrative. **2020-2021** (seconda edizione): ●**VOLARE** co-progettato con la SdS Valli Etrusche ●**CRISALIDI 2** co-progettato con il Comune di Livorno ●**PASSI** co-progettato con COeSO SdS Grosseto. **2016-2018** (prima edizione): ●**CREARE** co-progettato con la SdS Valli Etrusche zona Val di Comia ●**CRISALIDI** co-progettato con il Comune di Livorno ●**INCLUDI** co-progettato con COeSO SdS Grosseto ●**POLO** co-progettato con la SdS Valli Etrusche zona Bassa val di Cecina. ●**O.Fo.L.** dal 2010 al 2016 a valere sul POR FSE 2014- 2020 per l'Orientamento e Formazione al Lavoro di soggetti portatori di handicap nei territori di Livorno, Val di Cecina, Val di Comia. Il RTI ha recentemente preso parte ai tavoli di co-progettazione insieme alle PA delle zone livornese, Valli Etrusche e Colline Metallifere, attivati per la manifestazione d'interesse relative alla coprogettazione di interventi a valere sul Fondo di Sviluppo e Coesione (FSC) Awiso Regione Toscana di cui al D.D. 14657/2022: "Servizi di accompagnamento al lavoro per persone svantaggiate - seconda edizione" rivolto a soggetti disoccupati o inoccupati in particolare condizione di svantaggio socio-economico e in carico ai servizi sociali territoriali, chiuso il 26/09/2022. Lo specifico Know How acquisito garantirà all'Ente di poter mettere a disposizione non solo le figure richieste da tali progetti opzionali, ma anche figure formate ed esperte in diversi ambiti necessari all'interno di questi peculiari prestazioni:



assistenti sociali esperti di percorsi ministeriali, europei e zionali	esperti di amministrazione, rendicontazione e budgeting	facilitatori nella ricerca di partner locali, regionali, nazionali ed internazionali
tutor per interventi di affiancamento, formazione, monitoraggio a persone in situazioni di disabilità, svantaggio e/o fragilità	counselor, psicologi e figure professionali con qualifiche di alta formazione	pedagogisti, psicologi dell'età evolutiva, psicologi
esperti in progettazione europea	valutatori ICF e ICF-CY	professionisti con master in DSAp, tutor di apprendimento

DESCRIZIONE DEL SERVIZIO. Il percorso prevede interventi di **assistenza domiciliare rivolti a utenti fragili con bisogni complessi in dimissione ospedaliera**, modulati in base allo stato di salute, di bisogno e all'età. L'utenza del servizio presenta infatti, quadri complessi con bisogni socio-sanitari e socio-assistenziali per i quali il servizio specifico rappresenta un'importante risorsa. Sarà attuata una presa in carico personalizzata, mirata ai bisogni multidimensionali rilevati dall'equipe multidisciplinare di riferimento (UVM).

Finalità principali
assistere il paziente e la famiglia nel loro percorso di vita c/o la propria abitazione, mediante la garanzia di servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, diretti e indiretti
promuovere l'autonomia
favorire l'igiene e la cura del sé
sviluppare e potenziare le capacità psico/fisiche
individuare e sviluppare le risorse residue
garantire assistenza notturna e festiva
formare i familiari rispetto ai bisogni dei pazienti in dimissione ospedaliera
garantire ai nuclei familiari un'assistenza mirata e quotidiana

Destinatari
<i>Personne anziane non-autosufficienti e/o in condizioni di fragilità nel rientro e permanenza al proprio domicilio</i>

Luoghi di svolgimento del servizio
<i>Domicilio, anche temporaneo, dell'utente</i>

FASI DI SVILUPPO DEL PERCORSO. Di seguito riportiamo una descrizione delle fasi di sviluppo concatenate con la CU Web.

ROSSI MARIO	FASE A		FASE B		FASE C		FASE D		ARCHIVIO
	ATTIVAZIONE SERVIZIO, ASSUNZIONE E ADESIONE AL PAP		EROGAZIONE DEL SERVIZIO		ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO, DI VALUTAZIONE E RILEVAZIONE MODIFICHE CONDIZIONI INDIVIDUE E CONTESTO		VERIFICHE INTERMEDIE E VALUTAZIONE INTEGRATA CONDIZIONI DELL'AZIENDINO		FASI ARCHIVATE
	+ AGGIUNGI		+ AGGIUNGI		+ AGGIUNGI		AGGIUNGI		VISUALIZZA
	0 APERTE	1 CHIUSE	1 APERTE	0 CHIUSE	0 APERTE	0 CHIUSE	0 APERTE	0 CHIUSE	1 ARCHIVATE

→ FASE A: ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO.

Prevede i seguenti step: - 1a) *Contatti con la Committenza, i Servizi Sociali, ACOT* volti a delineare la programmazione generale e a raccogliere informazioni circa l'utente 1b) *Presentazione del caso da parte della ASL* 1c) *Assegnazione degli operatori*, sulla base dei seguenti criteri: continuità, competenze, attitudini, genere, disponibilità orarie. 1d) *Colloquio con la famiglia* finalizzato alla rilevazione dei bisogni dell'utente 1e) *Osservazione, funzionale* a: - definire la situazione di partenza in termini di bisogni, capacità, igiene, ecc. - effettuare un'efficace progettazione dell'intervento 1f) *Stesura della Programmazione degli interventi*, a cura del Coord 1g) *Presentazione del caso all'equipe di lavoro*, funzionale a trasferire le informazioni più significative relative all'utente e a evidenziare eventuali aspetti di criticità 1h) *Pianificazione dell'intervento*, attraverso la definizione di obiettivi; prestazioni; tempi; monitoraggio e verifica.



Più precisamente, lo staff di coord riceve la richiesta di attivazione e condivide la documentazione informativa di competenza che contiene: ● Informazioni anagrafiche sull'utente da seguire ● luogo di svolgimento del servizio ● Progetto personalizzato ● Riferimenti di familiari o eventuali caregiver. Grazie alla partecipazione da parte del **Coord** agli incontri con l'UVM zonale, sarà possibile condividere maggiori informazioni di natura anamnestica, sociale, assistenziale e progettuale per ciascun utente, garantendo inoltre una condivisione in tempo reale delle informazioni che emergono dalla presa in carico e svolgimento del servizio, funzionali alla rivalutazione multidisciplinare dei casi.

Il servizio sarà attivato in maniera tempestiva per rispondere in maniera efficace e funzionale ai bisogni ed obiettivi definiti.

Il **Coord**, al momento della richiesta ● crea la **CARTELLA INDIVIDUALE UTENTE** informatizzata (CU Web) con le informazioni

ricevute [pianifica la presentazione e conoscenza dell'utente](#) • procedendo all'[individuazione dell'operatore](#). Gli interventi saranno svolti nei giorni festivi e di notte, svolgendo l'intervento nei setting assistenziali individuati (domicilio), a seguito di autorizzazione del Resp.le Servizio Sociale Non Autosufficienza.

CRITERI DI SCELTA

Lo staff di Coord individua l'OSS, valutando le caratteristiche professionali e relazionali degli operatori in base ai bisogni/obiettivi di ciascun utente preso in carico. L'assegnazione del caso viene determinata valutando diversificati aspetti legati a: [garantire la continuità operatore/utente](#), in base ai risultati ottenuti (le cooperative garantiscono la continuità per più anni, a meno che non siano evidenziate altre esigenze da parte del servizio inviante) • [bisogni/obiettivi di ciascun utente](#) preso in carico • [formazione mirata in relazione a patologie specifiche](#) • bagaglio di [competenze personali e relazionali](#), aspetti [attitudinali](#) • [caratteristiche dell'utente](#) e tipologia di intervento previsto. Più precisamente:

① Lo **staff di Coord** privilegerà la continuità operatore/utente (*laddove ben valutata dai Servizi dell'Az. USL titolari dei casi*) come elemento qualitativo a sostegno dell'alleanza terapeutica operatore/utente/caregiver. In caso di nuove attivazioni, terrà conto di: [elementi organizzativi](#): >individuazione degli operatori Tutor (riferimento del caso) della micro- equipe, che assicureranno interventi individuali e/o a coppia (su necessità concordata) >ambito territoriale >compatibilità di orari >analisi dei carichi di lavoro ed equità del monte ore (monitorata settimanalmente dallo staff grazie a Gecos). [elementi legati alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza](#): >tipologia di competenze prof.li e personali/esperienze richieste in base alle peculiarità, alla patologia e alla fragilità dell'utente >indicazione da parte delle figure coinvolte nella progettualità >stile e approccio relazionale e comunicativo richiesti >buona conoscenza dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari locali >capacità di coinvolgere familiari, caregiver, reti informali >capacità di problem solving >eticità di comportamenti e riservatezza rispetto alle informazioni e dati da gestire.

② Il **Coord** ➔ inserisce il caso da prendere in carico, nel Planning Settimanale M08.5cp, lo presenta alla micro-equipe, condivide informazioni e documentazione di presentazione del caso in cui sono definiti gli obiettivi di intervento ➔ elabora il primo **Piano Operativo di Intervento M08.5b (P.O.I. inserito in CU web)** chiarendo: obiettivi, mansioni e attenzioni da prestare. Il piano viene validato anche dall'operatore/i (*tramite App*) ➔ pianifica con le figure titolari dei casi le modalità di presentazione dell'operatore e della prima visita domiciliare.

➔ FASE B: EROGAZIONE DEGLI INTERVENTI.

PRESTAZIONI

Verranno erogate le **prestazioni tipiche dell'assistenza domiciliare (SAD) notturna, festiva e in urgenza**. L'operatore pone cura alla fase di costruzione della *relazione ed alleanza terapeutica*, necessarie per creare uno spazio di sviluppo delle potenzialità e abilità della persona in carico e del nucleo di riferimento. Saranno garantiti **interventi coordinati** con altre figure professionali coinvolte nella progettualità dell'assistito. Più precisamente si prevedono: interventi di aiuto alla persona e all'ambiente, cura della persona, mobilitazione e deambulazione, assistenza sanitaria e riabilitativa, cura della casa, tutoraggio, formazione e supporto ai familiari...

HOME CLEANING SYSTEM

Il RTI, grazie alla pluriennale esperienza di gestione di servizi di pulizie anche in ambito domestico, ha sviluppato una **metodologia personalizzata per la Pulizia sostenibile in ambito domestico: HOME CLEANING SYSTEM**. Questo sistema di pulizie è nato con lo scopo di garantire una procedura tecnico-operativa che sia il migliore connubio tra: (1) **Compatibilità con contesto strutturale**: tiene conto degli ambienti domiciliari con limitati spazi a disposizione (rispetto ai classici appalti di pulizia con ampie superfici) (2) **Sicurezza**: per l'Operatore e l'Utente durante l'attività (3) **Efficacia**: necessità di impiego di attrezzature di tipo professionale, idonee per preservare la massima igiene possibile (4) **Tracciabilità**: utilizzando Mop e Panni con codice colore, identificando ogni area della casa con uno specifico colore (es.: rosso = WC), per evitare la contaminazione microbiologica e tracciare correttamente l'utilizzo degli elementi tessili. Si applica ad ambienti domestici, di medio-piccole dimensioni e garantisce: [ergonomia](#) • [efficacia](#) • [attenzione all'ambiente](#) • [standard igienico-sanitari](#). Saranno assicurate modalità specifiche per garantire: >pulizia profonda dei pavimenti, della cucina, dei sanitari, degli infissi e vetri, del mobilio; >pulizia straordinaria con [sanificazione e disinfezione](#) con prodotti disinfettanti ad ampio spettro d'azione registrati al Ministero della Salute. HOME CLEANING SYSTEM è un Sistema di pulizie composto dai seguenti elementi:

	CARRELLO IPER-COMPATTO ATTREZZATO "HOME", contenente tutti gli elementi tessili e le attrezzature per le pulizie ordinarie e periodiche, in versione con ruote monta-scale "climb" per superare eventuali barriere architettoniche			
	MOP PIANO in microfibra per pavimenti, con sistema codice colore		PANNI in microfibra per superfici e oggetti, con sistema codice colore	
	FLACONI KIEHL con integratore il sistema "giusta dose" di detergente e disinfettante, presente in ogni Flacone		KIT di Attrezzature di base "Home" per l'esecuzione delle Pulizie ordinarie e periodiche	

	<p>LAVASCIUGA PAVIMENTI iper-compatta (anche con funzione di aspira liquidi)</p>		<p>LAVATRICE PROFESSIONALE Compatta Domus HPW10 situata presso le Sedi del RTI</p>
---	--	---	--

➔FASE C e D: MONITORAGGIO E VERIFICA DEGLI INTERVENTI.

Durante l'intero servizio vengono realizzate attività di monitoraggio che si concretizzano attraverso uso di software, osservazione, analisi informazioni raccolte dagli operatori, elaborazione schede riassuntive di fine attività e riunioni d'equipe. Al termine del servizio invece, vengono realizzate attività di verifica finalizzate a valutare il livello di raggiungimento degli obiettivi operativi minimi definiti nel piano di intervento e il livello di gradimento del servizio.

L'Operatore utilizzerà il [CALENDARIO ATTIVITÀ WEB](#), in cui riporterà le attività pianificate, registrandone il monitoraggio (attività svolte/programmate). Nel [DIARIO UTENTE WEB](#) saranno riportate le osservazioni giornaliere, condivise in tempo reale con lo staff di coord e i Serv. Inviati. Tali strumenti sono importanti per la [programmazione dell'operatività quotidiana](#) e per la [registrazione e documentazione del lavoro svolto](#); verranno utilizzati dallo staff di coord e dall'Operatore anche per la stesura delle relazioni richieste. Per tutti i target del percorso, saranno assicurate verifiche del Progetto Individualizzato (con relazione scritta di monitoraggio) e condivise in sede di UVM; i dati emersi vengono registrati in [VERIFICA CARTELLA WEB](#).

Il servizio domiciliare sarà garantito anche in caso di situazioni di rischio infettivo, emergenze sanitarie, calamità naturali e/o situazioni occasionali e contingenti di particolare emergenza/urgenza, laddove venga richiesto dall' Az. USL TNO, seguendo le opportune procedure e protocolli concordati, garantendo la continuità assistenziale a ciascun utente, in accordo con le linee di indirizzo nazionali, regionali e zonali, assicurando DPI e protocolli in linea con le indicazioni specifiche concordate, volta volta.

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: GIAN LUIGI FERRI

DATA FIRMA: 01/08/2024 19:15:22

IMPRONTA: 37386434346634333964653938306466336336396361383963383339666337333236313461373562