

Manuale della qualità

NR	OGGETTO	DELIBERA	DATA
01	PRIMA EMISSIONE	n. 08/2019	15/03/2019

IL DIRETTORE

Dott.ssa Bragagna Roberta

IL PRESIDENTE

Canal Diego

REDAZIONE	APPROVAZIONE	EDIZIONE
Bettega Elena Donei Michela Vargiu Valentina	Approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 08 del 15/03/2019	01/2019



Sommario

PRESENTAZIONE DEL MANUALE.....	2
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	2
STRUTTURA E CONTENUTI.....	3
MISSIONE E REVISIONI.....	3
SISTEMA DI GESTIONE DELLA STRUTTURA.....	4
PIANIFICAZIONE e PROGRAMMAZIONE	4
MISSION E PRINCIPI ISPIRATORI.....	4
POLITICHE	7
ASPETTI STRUTTURALI	7
VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI E DEI SERVIZI EROGATI	7
COMUNICAZIONE	7
GESTIONE DEL PERSONALE.....	9
SISTEMA DI GESTIONE DEI PROCESSI SANITARIO-ASSISTENZIALI	11
SICUREZZA DEI PROCESSI e RISK MANAGEMENT	11
GESTIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE E ACQUISIZIONE DEI SERVIZI.....	11
MONITORAGGIO DEI PROCESSI E DEI RISULTATI	12
VALUTAZIONE E PRESA IN CARICO	12
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	13
UMANIZZAZIONE	13

REDAZIONE	APPROVAZIONE	EDIZIONE
Bettega Elena Donei Michela Vargiu Valentina	Approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 08 del 15/03/2019	01/2019



PRESENTAZIONE DEL MANUALE

Questo manuale riassume le modalità e gli strumenti con cui la APSP Casa di Riposo Giovanelli di Tesero con sede legale in via Mulini nr 9, Tesero (TN), costruisce, mantiene ed aggiorna il proprio sistema di governance clinica in maniera che rimangano soddisfatti i requisiti ulteriori di qualità indicati dalla norma vigente per mantenere l'accreditamento istituzionale della Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA).

Il Manuale della Qualità mira quindi a definire, promuovere e mantenere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni basato sull'efficacia e l'efficienza organizzativa ed attuato attraverso un uso equo ed economico delle risorse, in modo tale che ogni ospite, in relazione ai propri bisogni sociosanitari/assistenziali e sociali, possa ricevere atti diagnostici e terapeutici appropriati e che garantiscano i migliori risultati in termini di salute, in rapporto alle conoscenze scientifiche, al minor costo possibile e ai minori rischi indotti dall'attività sanitaria.

IL presente manuale descrive l'orientamento di gestione dell'A.p.s.p. basato sui seguenti principi:

- Miglioramento della qualità e della performance delle prestazioni erogate;
- Centralità dell'ospite e continuità delle cure;
- Pianificazione e valutazione dell'efficienza organizzativa;
- Garanzia della sicurezza degli ospiti, dei visitatori e del personale;

Questo strumento rappresenta una guida per il personale della APSP per la realizzazione delle politiche per la qualità definite dalla direzione dell'Azienda, dal canto suo la Direzione definisce e revisiona annualmente le politiche per la qualità dando atto di questo con la predisposizione e con deliberazione per approvazione di un documento ad hoc¹ delle politiche per la qualità che l'azienda intende perseguire.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Le norme di riferimento che definiscono i suddetti requisiti sono:

- ✓ il "Regolamento di Organizzazione dell'APSP Casa di Riposo Giovanelli
- ✓ la "Proposta del modello per l'accreditamento istituzionale delle strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera" emessa dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Regionali „giugno 2015" e successive modificazioni

¹ Documento programmatico Politiche per la qualità

REDAZIONE	APPROVAZIONE	EDIZIONE
Bettega Elena Donei Michela Vargiu Valentina	Approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 08 del 15/03/2019	01/2019

STRUTTURA E CONTENUTI

Per molteplici aspetti gestionali il contenuto del manuale costituisce evidenza documentale del possesso dei requisiti previsti dalla normativa di riferimento mentre per altri aspetti le evidenze del possesso dei requisiti sono costituite da documenti ulteriori a cui viene fatto specifico riferimento

Il modello prevede di applicare le quattro fasi del ciclo di Deming raffigurato di seguito



e descritte come segue:

1. **Pianificare:** ovvero definire gli intenti e predisporre la documentazione necessaria a descrivere le modalità di raggiungimento degli obiettivi per la qualità.
2. **Fare:** ovvero garantire l'implementazione di quanto definito in fase di progettazione ed esplicitato nei documenti di pianificazione
3. **Controllare:** ovvero effettuare uno studio e una raccolta di dati utili a misurare i risultati raggiunti ovvero monitorare la qualità dei processi e degli esiti derivanti dall'erogazione dei servizi;
4. **Agire:** rendere definito e/o migliore il processo/esito sulla base dell'analisi dei dati, definire quindi delle priorità e le iniziative per migliorare ulteriormente la qualità dei processi e degli esiti

MISSIONE E REVISIONI

Questo manuale costituisce un documento formalmente approvato e reso operativo con deliberazione dal consiglio di amministrazione della APSP Casa di Riposo San Gaetano.

Le responsabilità per la redazione, per l'approvazione e per la revisione periodica sono indicate in calce ad ogni pagina mentre solo il frontespizio viene firmato.

Il manuale viene riesaminato annualmente in occasione dell'esame della direzione, alla luce dei dati di monitoraggio, ed eventualmente modificato ogni qualvolta si verifica una modifica rilevante del sistema di gestione per la qualità.

Il **documento programmatico "Politica della qualità"** annuale emanato dalla Direzione dell'Ente è il documento cardine su cui si sviluppano gli obiettivi generali e specifici e in base al quale vengono delineate le tipologie di risultati da perseguire.

REDAZIONE	APPROVAZIONE	EDIZIONE
Bettega Elena Donei Michela Vargiu Valentina	Approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 08 del 15/03/2019	01/2019



SISTEMA DI GESTIONE DELLA STRUTTURA

PIANIFICAZIONE e PROGRAMMAZIONE

L'alta direzione nella figura del presidente dell'ente e del Consiglio di Amministrazione definisce le politiche per la qualità e gli obiettivi strategici, è responsabile di rendere disponibili le risorse necessarie al loro raggiungimento. Gli obiettivi di risultato e di processo devono essere coerenti con la Mission dell'ente così come esplicitata nella Carta dei Servizi e nel regolamento interno nonché rispondenti e coerenti con le linee della programmazione sanitaria provinciale.

Gli obiettivi e più in generale tutte le politiche per la qualità vengono documentati nel **piano programmatico Politiche per la qualità** soggetto a periodica revisione a cadenza annuale.

Gli incaricati quali referenti per il raggiungimento degli obiettivi vengono individuati dall'alta direzione ed investiti di detto ruolo tramite atto formale. (documento: **incarichi**)

La direzione promuove ogni iniziativa volta a sviluppare relazioni con la comunità e associazioni civiche di tutela e volontariato atte a promuoverne la partecipazione anche attiva al raggiungimento degli obiettivi strategici annuali.

L'amministrazione esplicita la propria mission, le politiche e gli obiettivi per il miglioramento continuo concretizzandoli in atti e documenti che abbiano un profilo di legittimità sia formale sia sostanziale e nel fare ciò si ispira ai documenti costitutivi della stessa APSP (Statuto, regolamento ecc) alle direttive provinciali e agli accordi stipulati con l'APSS e in coerenza con i livelli essenziali di assistenza.

MISSION E PRINCIPI ISPIRATORI

La mission dell'A.p.s.p. viene esplicitata nella carta dei servizi e nel regolamento interno e sanitario in termini di *“erogazione in forma residenziale ed integrata di servizi socio assistenziali e sanitari per il mantenimento e dove possibile il miglioramento dello stato di salute e del livello di autonomia della persona presa in carico nel più stretto raccordo possibile con gli altri servizi sanitari e sociali del territorio e con i familiari ed il contesto sociale di provenienza dell'utente”*. Da quanto esplicitato si evidenzia che l'A.p.s.p. ha un approccio di tipo *“patient centred care”* ovvero di cure ed assistenza centrate sul paziente inteso come persona e soggetto portatore di cultura, conoscenze, valori, memoria ed affetti e mira a seguire l'anziano ospite nelle sue più specifiche esigenze. Il modello di riferimento è quello che considera la persona nella sua interezza fisica, sociale e psicologica.

Un approccio di questo tipo impone una cura qualificata, efficace o in termini più ampi appropriata degli aspetti sanitari, riabilitativi, assistenziali di base ma anche in modo complementare ed interdipendente un approccio agli aspetti più di carattere sociale, relazionale, affettivo e culturale che riguardano la persona nella sua complessità, unicità, unitarietà e fragilità. Ne deriva una presa in carico della persona obbligatoriamente multidisciplinare al fine di creare un ambiente di vita corrispondente il più possibile alle esigenze del singolo

REDAZIONE	APPROVAZIONE	EDIZIONE
Bettega Elena Donei Michela Vargiu Valentina	Approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 08 del 15/03/2019	01/2019

tramite una personalizzazione degli interventi adeguatamente bilanciata con le esigenze della comunità e dell'organizzazione.

Al fine di perseguire la creazione di un sistema assistenziale, professionale ed organizzativo che abbia come vero parametro di misura il benessere della persona ospite l'organizzazione deve impostare e gestire i servizi alla persona secondo i seguenti principi:

Centralità della persona (e della sua famiglia) ed umanizzazione delle cure

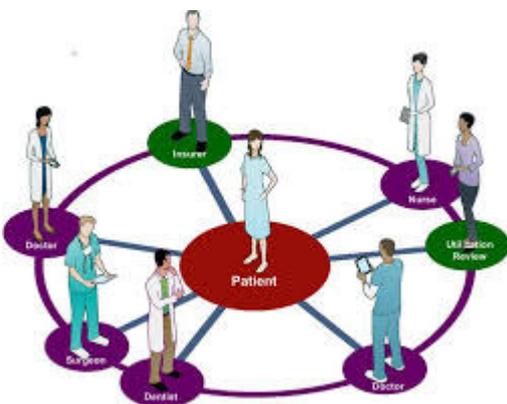
Progettare ed erogare servizi socio sanitari in modo da rispondere ai bisogni e alle preferenze del residente e rispondenti a principi di appropriatezza e secondo criteri di costo-efficacia non è facile. Le variabili in gioco sono molteplici: l'organizzazione, i sistemi di gestione delle risorse, i livelli di competenza professionale ecc. il rischio è quello di cadere nella standardizzazione degli interventi e di non riconoscere la natura variabile dei fattori sopra elencati dandoli come assunti impossibili da valicare. E' importante invece che non venga mai perso d'occhio il fulcro del nostro intervento, ovvero la persona, e venga fatto uno sforzo continuo di superamento di quelle variabili scambiate troppo spesso per vere e proprie barriere.

I principi che seguono rafforzano il concetto di variabile, e rappresentano elementi modificabili e migliorabili dall'organizzazione per perseguire una erogazione delle cure centrata sul paziente.

Qualità tecnico professionale, efficacia ed appropriatezza degli interventi

La buona cura ed assistenza passa per l'adozione di interventi di provata efficacia (best practice) ed adeguati al caso specifico secondo le risorse disponibili. E' necessario che l'organizzazione si doti di procedure ed istruzioni operative costruite sulla base di linee guida qualitativamente selezionate e create sulla base dell'analisi scrupolosa dei processi che mirano a regolamentare.

Lavoro per processi/progetti e non per mansioni/prestazioni



La cura e l'assistenza centrata sul paziente prevede una visione orizzontale dei ruoli e una suddivisione per competenze e non per compiti. In altri termini tutte le figure coinvolte nel processo di cura ed assistenza concorrono al raggiungimento di uno o più obiettivi comuni (anche al paziente e/o al familiare) intervenendo ogni uno con la propria singola competenza ma integrata in un lavoro di squadra.

L'applicazione di questo principio favorisce anche una maggiore valorizzazione e autonomia operativa e professionale delle risorse umane, favorendo un buon clima organizzativo elemento

fondamentale per la qualità del servizio.

REDAZIONE	APPROVAZIONE	EDIZIONE
Bettega Elena Donei Michela Vargiu Valentina	Approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 08 del 15/03/2019	01/2019

Valorizzazione, coinvolgimento e comunicazione delle risorse umane

Il benessere degli ospiti e il livello della qualità delle cure e dell'assistenza sono strettamente legate al clima lavorativo in cui il dipendente si trova ad operare. Detto clima è interdipendente rispetto all'uniformità dei comportamenti professionali, al livello professionale del singolo e/o del gruppo, al coinvolgimento, alla motivazione e alla valorizzazione del personale. E' quindi indispensabile che l'organizzazione predisponga un **piano della comunicazione** allo scopo di raggiungere tutti i livelli organizzativi e instaurare appropriati setting comunicativi tra le diverse categorie professionali, tra le unità organizzative, tra la componente clinica e quella amministrativo-gestionale, tra i professionisti sanitari e la direzione.

Quanto previsto dal piano della comunicazione deve essere condiviso con tutto il personale e i risultati in termini di conoscenza delle informazioni devono essere monitorati.

Attenzione alla soddisfazione degli ospiti e delle famiglie e rilevazione della stessa

L'obiettivo essenziale delle organizzazioni che erogano servizi alla persona è quello di soddisfare l'ospite e la sua famiglia. La soddisfazione dell'utenza deve essere ulteriormente misurata per evitare di cadere nell'autoreferenzialità e nella predominanza della logica organizzativa sulle esigenze delle persone.

Il gradimento degli ospiti e dei familiari e la loro esperienza in merito ai servizi offerti devono quindi essere costantemente raccolti e misurati e devono costituire, oltre che una misura della qualità dei servizi erogati, anche un aiuto alle scelte strategiche ed organizzative dell'azienda e al processo di miglioramento continuo.

Ciò impone una estrema apertura culturale dell'azienda alle criticità espresse sia in modo diretto sia in modo indiretto dall'utenza.

Monitoraggio, valutazione e miglioramento continuo

Una volta impostato il programma per il miglioramento e regolati e controllati i principali processi, nonché resi noti e condivisi i principali obiettivi strategici è necessario che l'organizzazione monitori e valuti i processi tramite la raccolta di dati ed informazioni salienti in merito agli stessi. I risultati ottenuti dovranno essere interpretati al fine di mettere in atto azioni di correzione ed adeguamento, secondo la logica del miglioramento continuo.

Creare rapporti di interdipendenza positiva con fornitori e rete dei servizi

Oltre ai servizi di base di tipo sanitario ed assistenziale l'azienda eroga anche servizi di supporto interni quali servizi alberghieri e amministrativi; inoltre esternamente si avvale di servizi erogati da soggetti terzi quali fornitori, rete territoriale e ospedaliera.

La buona gestione dei rapporti con i soggetti o i fornitori esterni è fondamentale per garantire un buon livello di qualità erogata e deve passare per il principio della reciproca convenienza "aiutami a servirti meglio per ottenere insieme il migliore servizio per l'utente finale".

Non potendo l'azienda controllare tutti i processi che regolano i rapporti con le parti terze è comunque tenuta a creare e consolidare una integrazione ottimale con tutti i fornitori e le reti di servizi ad essa esterne.

REDAZIONE	APPROVAZIONE	EDIZIONE
Bettega Elena Donei Michela Vargiu Valentina	Approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 08 del 15/03/2019	01/2019

In questa ottica l'organizzazione promuove e partecipa allo sviluppo di reti assistenziali integrate e sostiene una collaborazione attiva con i diversi attori delle reti assistenziali integrate che la riguardano.

POLITICHE

ASPETTI STRUTTURALI

In coerenza con la propria mission e nel rispetto dei principi ispiratori la Direzione garantisce l' idoneità delle strutture sia in termini organizzativi che in termini di capacità ricettiva, a tale scopo si dota di programmi di adeguamento rispettando i criteri di valutazione stabiliti dalla normativa provinciale ai fini autorizzativi e successivamente per l'accreditamento.

Oltre a garantire l'adeguatezza strutturale l'azienda mette in atto azioni volte a controllare la sicurezza ambientale e strumentale e a tale scopo si dota di apposite procedure per regolamentare i processi inerenti la vigilanza, la gestione di materiali pericolosi, la gestione delle emergenze, la protezione antincendio, l'uso di apparecchiature biomedicali e la gestione dei rifiuti. **(procedure)**

VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI E DEI SERVIZI EROGATI

Affinché l'utenza possa essere soggetto attivo sia del percorso di cura e assistenza sia nella progettualità strategica aziendale è fondamentale che l'organizzazione assuma ed espliciti formalmente gli obblighi a cui ritiene di tenere fede. Questo principio di trasparenza si esplica tramite documenti periodicamente aggiornati e che descrivano le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e gli standard di qualità, i modi di lavoro adottati, la pratica di governo clinico e i mezzi di comunicazione con l'utenza. **(Carta dei servizi e materiale informativo)**

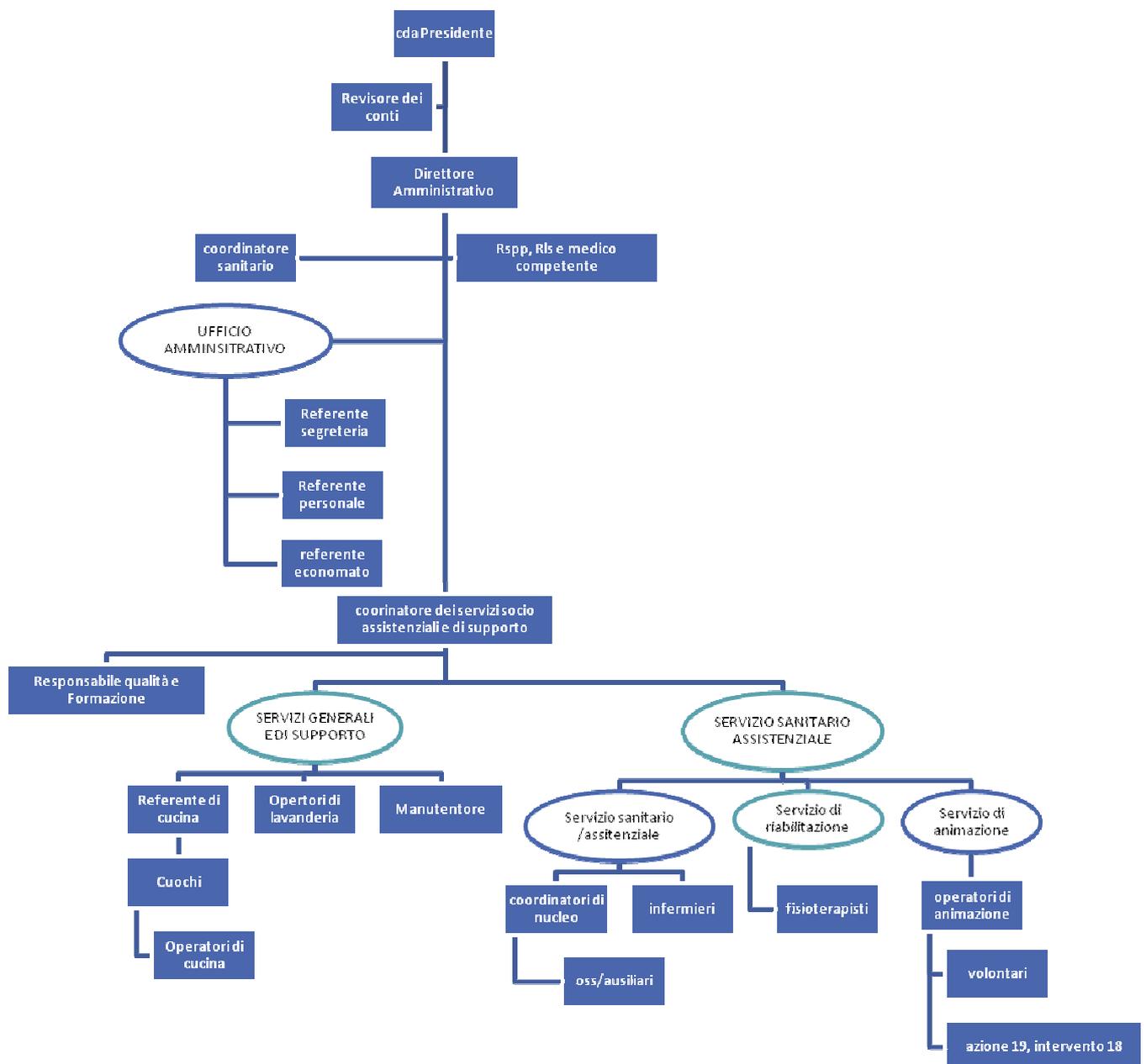
Lo stesso principio di trasparenza viene applicato, in un'ottica di qualità, nella costruzione di rapporti con i fornitori esterni di servizi o bene, è fondamentale che l'azienda si doti di prassi standardizzate nella definizione di contratti secondo capitolati puntuali dando ai fornitori obblighi e standard da rispettare prevedendo, dove necessario, attività di monitoraggio rispetto ai livelli di qualità dei servizi esternalizzati. La scelta dei fornitori di beni e servizi deve perseguire standard qualitativi elevati e comunque favorevoli in termini di rapporto qualità/prezzo sempre in osservanza della normativa vigente.

COMUNICAZIONE

Lo sviluppo strutturale ed organizzativo dell'Ente è inteso come un processo continuo e continuativo laddove gli obiettivi generali di sviluppo mantengono nel tempo una forte coerenza con le azioni intraprese. **(Documento programmatico per la qualità)** a tale scopo le informazioni relative agli obiettivi, ai dati e alle informazioni relative alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità vengono resi noti a tutti i livelli dell'organizzazione secondo un piano della comunicazione formalizzato ed aggiornato ogni qual volta si presentino modificazione nelle modalità e/o nei tempi intesi utili per il passaggio delle informazioni. Il piano della comunicazione deve descrivere tutte le iniziative che la direzione assume per applicare il principio di condivisione e partecipazione.

REDAZIONE	APPROVAZIONE	EDIZIONE
Bettega Elena Donei Michela Vargiu Valentina	Approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 08 del 15/03/2019	01/2019

Al fine di garantire un corretto flusso di informazione e una buona comunicazione e relazione fra i professionisti l'organizzazione elabora ed aggiorna un organigramma e lo rende pubblico.



REDAZIONE	APPROVAZIONE	EDIZIONE
Bettega Elena Donei Michela Vargiu Valentina	Approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 08 del 15/03/2019	01/2019

Viene data attenzione da parte della direzione al clima aziendale secondo il principio che vede la condivisione dei valori e degli obiettivi alla base della capacità dell'organizzazione di garantire sicurezza, produttività, efficienza, efficacia dei processi, condivisione che si esplica e concretizza solo all'interno di un buon clima organizzativo. A tale scopo effettua periodicamente riunioni di reparto **(verbali) e annualmente una riunione di condivisione con l'alta direzione. (verbale)**

Oltre a dare attenzione alla comunicazione e al passaggio delle informazioni interne, l'organizzazione mette in atto strategie volte a garantire un'informazione equa, coordinata e omogenea alle persone assistite e ai loro familiari. Si dota inoltre di strumenti per favorire il coinvolgimento e la condivisione con le persone assistite e i familiari nelle scelte clinico assistenziali.

La conoscenza del proprio stato di salute, del piano terapeutico e la partecipazione alle scelte che lo interessano è di fondamentale importanza al fine di aumentare il controllo da parte del paziente e favorire in questo modo il miglioramento delle sue condizioni. Spesso nei contesti di trasferimento delle informazioni si possono creare dei problemi di comprensione e la comunicazione diviene pertanto inefficace, per evitare ciò l'organizzazione ha formalizzato una procedura che definisce le modalità di comunicazione con le persone assistite e/o con i familiari e le modalità di partecipazione alle scelte clinico-terapeutiche **(procedura comunicazione stato di salute e partecipazione alle scelte terapeutiche e procedura raccolta consenso informato)**

Infine, il rispetto degli standard è oggetto di monitoraggio con l'adozione di indicatori sensibili e specifici al fine di rilevare gli scostamenti in positivo e negativo. Il riesame annuale della direzione costituisce il momento di valutazione dei dati del monitoraggio, che si esplica sia tramite la valutazione della qualità erogata (monitoraggio dati) sia tramite l'esame dei risultati dell'indagine di gradimento, dei reclami e suggerimenti degli ospiti e dei familiari (qualità percepita). I risultati delle attività di monitoraggio esplicate anche tramite l'ascolto delle persone assistite costituiscono la base l'emanazione delle direttive e per l'adozione degli interventi necessari a garantire il raggiungimento ulteriore degli obiettivi o obiettivi ulteriori, il rispetto degli standard dichiarati e a migliorarli per le dimensioni che lo richiedono. **(procedura reclami, report qualità (erogata e percepita))**

GESTIONE DEL PERSONALE

L'alta direzione definisce il fabbisogno di personale nelle diverse aree, sanitario, tecnico amministrativo nel rispetto dei parametri minimi definiti dalla normativa provinciale o in relazione ai carichi di lavoro, con atto formale che viene adottato con deliberazione del consiglio di amministrazione **(Contingente organico con delibera del CDA)**

Il personale operante nella RSA, sia esso assunto con status di dipendente che in regime convenzionale, deve possedere i requisiti di legge per esercitare la professione. Il possesso dei requisiti viene accertato dall'amministrazione secondo procedura standardizzata. La selezione e l'assunzione del personale segue procedure approvate con atto della direzione con individuazione dei criteri e delle modalità di valutazione del possesso delle competenze necessarie a ricoprire il ruolo. **(Procedura di assunzione).**

La valutazione delle competenze per l'assunzione del ruolo è focalizzata sia sugli aspetti tecnico professionali con particolare attenzione a attività complesse con profili di rischio per il paziente, sia sugli aspetti di tipo relazionale. **(Autovalutazione e valutazione in affiancamento tutor).**

REDAZIONE	APPROVAZIONE	EDIZIONE
Bettega Elena Donei Michela Vargiu Valentina	Approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 08 del 15/03/2019	01/2019

Per ogni nuovo inserimento viene formalmente individuato il tutor di affiancamento con compiti di valutazione e giudizio finale sulla autonomia del nuovo inserito oppure sulla necessità di prorogare il periodo di affiancamento per l'acquisizione di specifiche competenze. **(Procedura inserimento neo assunto).**

10

La direzione redige il programma formativo del personale e stabilisce con apposito atto deliberativo le risorse da impegnare per la realizzazione del programma. La formulazione del programma di formazione continua si basa su dati storici di eventi formativi già frequentati dal personale, dai dati della schede di autovalutazione e di rilevazione delle preferenze individuali a mezzo questionario e in relazione agli obiettivi per la qualità stabiliti dall'Amministrazione. **(Piano della formazione).**

La costituzione di gruppi di studio, di lavoro e di coordinamento va incoraggiata e considerata ulteriore rispetto agli incontri organizzativi e di pianificazione dell'assistenza individuale (PAI) previsti dalle direttive provinciali.

REDAZIONE	APPROVAZIONE	EDIZIONE
Bettega Elena Donei Michela Vargiu Valentina	Approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 08 del 15/03/2019	01/2019

SISTEMA DI GESTIONE DEI PROCESSI SANITARIO-ASSISTENZIALI

SICUREZZA DEI PROCESSI e RISK MANAGEMENT

L'organizzazione identifica i processi ed i sotto processi rilevanti per il sistema di gestione per la qualità e la sicurezza e adotta le iniziative necessarie per una governance appropriata. **(piano revisione e stesura procedure, piano progetti sul rischio clinico)**. Identifica, altresì, anche in stretta collaborazione con il servizio di prevenzione e protezione le principali aree di interesse per il rischio occupazionale ed attua misure volte al controllo delle variabili di rischio **(DVR, piano della formazione, procedure sul rischio occupazionale)**

La direzione, avvalendosi delle risorse umane di rilievo e con specifiche competenze professionali, individua le caratteristiche epidemiologiche ed i bisogni sanitari ed assistenziali della popolazione cui è diretta l'assistenza che eroga **(relazione annuale del medico di struttura)**, mette quindi in relazione le caratteristiche epidemiologiche della propria utenza con i fattori di rischio propri del tipo di ospiti della RSA, anziani con pluripatologie disabilitanti spesso in condizioni di fragilità e della tipologia di interventi assistenziali erogati al fine di identificare gli interventi e gli strumenti da privilegiare per la promozione ed il miglioramento della sicurezza dei pazienti nonché gli strumenti gestionali per il monitoraggio dei fenomeni da tenere sotto controllo. **(progetti sul rischio clinico e monitoraggio dati, procedure e audit)**.

Al fine di promuovere ulteriormente la sicurezza dei processi l'organizzazione promuove la segnalazione spontanea e la rilevazione e l'analisi sistematica di errori e eventi avversi al fine di consentire il monitoraggio e l'attuazione delle misure necessarie per minimizzare il rischio **(procedura eventi avversi e quasi eventi)** e attua programmi di formazione **(piano della formazione)** per lo sviluppo delle competenze tecnico-professionali anche nell'ambito della prevenzione e della gestione del rischio clinico stimolando un approccio di tipo EBM.

GESTIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE E ACQUISIZIONE DEI SERVIZI

Nella delineazione della strategie di gestione dei processi sanitario-assistenziali l'ente sottolinea l'importanza della competenza relazionale e la scelta di interventi assistenziali di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione improntati alle tre dimensioni della qualità individuati nella sicurezza, nell'efficacia e nell'efficienza.

Queste tre dimensioni della qualità sono gli elementi guida base nella valutazione, scelta e introduzione di nuove tecnologie sanitarie sia in contesti di diagnosi e cura sia in contesti di prevenzione. La direzione si dota di procedura per la rilevazione dei bisogni di nuove attrezzature e tecnologie e/o sostituzione per obsolescenza di tecnologie già in uso qualora si tratti di apparecchiature elettromedicali e presidi sanitari.

La procedura è improntata al rispetto dei principi che sono alla base dell'HTA anche per quanto riguarda l'acquisizione di prestazioni sanitarie da fornitori esterni indirizzando l'eventuale scelta verso prestazioni di riconosciuta efficacia e sicurezza e verificando che la struttura e/o il professionista sanitario che erogano le

REDAZIONE	APPROVAZIONE	EDIZIONE
Bettega Elena Donei Michela Vargiu Valentina	Approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 08 del 15/03/2019	01/2019

prestazioni siano in possesso di autorizzazioni e accreditamento secondo le disposizioni vigenti. **(procedura fabbisogno attrezzature e loro acquisizione)**

12

MONITORAGGIO DEI PROCESSI E DEI RISULTATI

Uno dei principi fondamentali dei più utilizzati sistemi di gestione per la qualità vuole che le decisioni vengano prese sulla base dei dati di fatto. La qualità dei dati, la loro validità in termini di accuratezza e specificità, è alla base della qualità delle informazioni che servono nei processi decisionali e deve essere verificata con periodicità.

La direzione dell'ente verifica il proprio sistema informativo e ove necessario lo modifica al fine di consentire il monitoraggio dei processi, la valutazione dei risultati e garantire una agevole gestione routinaria delle attività assistenziali e tecnico amministrative e i flussi informativi richiesti per rispondere al debito informativo con la APSS, con la PAT e con altre parti interessate. **(sistema informativo dell'ente).**

L'amministrazione coopera con la APSS e la PAT ed utilizza i supporti e gli applicativi informatici in dotazione per assicurare i flussi informativi richiesti dalle direttive provinciali. (Flussi NSIS-PAT; software Atlante).

Il sistema informativo sanitario è inteso come l'insieme dei documenti di registrazione dei fatti ed aspetti relativi allo stato di salute dell'ospite, alle sue caratteristiche personali, alle sue condizioni di rischio per poter procedere alla definizione del progetto individuale di assistenza e degli obiettivi di salute, alle prestazioni erogate, ai risultati ottenuti.

La riservatezza dei dati sanitari e sensibili viene perseguita con una procedura specifica ed inoltre con atto formale l'amministrazione dell'ente individua il responsabile del trattamento dei dati e gli incaricati al trattamento con declaratoria degli obblighi in riferimento alla normativa vigente in materia di protezione dei dati sensibili, regolamento europeo 679/2016 **(Delibera di incarico al direttore; notifica lettera ai dipendenti di incarico al trattamento dei dati, formazione in materia di privacy).**

La funzione di coordinamento sanitario e socio assistenziale è depositaria della individuazione degli indicatori clinici rispetto alle attività assistenziali svolte nella struttura, del loro utilizzo per la valutazione della performance e della predisposizione di report periodici da sottoporre alla direzione della struttura ed annualmente al servizio economia e programmazione sanitaria della PAT e alla direzione di distretto della APSS. Rileva in merito a questo aspetto che gli indicatori individuati devono includere necessariamente quelli utilizzati dalla direzione distrettuale della APSS nel corso della verifica tecnico-sanitaria annuale.

VALUTAZIONE E PRESA IN CARICO

La RSA eroga assistenza socio-sanitaria a rilevanza sanitaria in regime residenziale. I requisiti e le modalità per accedere alla RSA sono definiti sia dalla normativa provinciale nell'ambito dei provvedimenti che garantiscono i Livelli Essenziali di Assistenza ai residenti in Provincia, sia dal regolamento della APSP. La direzione della APSP recepisce ed applica la normativa provinciale e le direttive emanate dal competente servizio programmazione

REDAZIONE	APPROVAZIONE	EDIZIONE
Bettega Elena Donei Michela Vargiu Valentina	Approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 08 del 15/03/2019	01/2019

della PAT che individuano le regole per l'accesso anche dei cittadini provenienti da realtà territoriali extraprovinciali.

La direzione stabilisce inoltre i criteri di accesso alla RSA degli utenti per i posti non convenzionati con l'APSS e per gli utenti in accesso alla Casa Soggiorno. **(Delibera di recepimento Direttive, procedura di accesso per utenti non in convenzione).**

Il processo di presa in carico che mira alla gestione dei bisogni assistenziali e sanitari degli ospiti e va dalla valutazione ed inquadramento all'ingresso alla pianificazione ed erogazione delle prestazioni conseguenti, è regolato da un apposito documento **(procedura ingresso)** e di competenza delle figure di coordinamento come da direttive provinciali recepite dalla direzione della APSP.

Attenendosi alle direttive provinciali le figure di coordinamento danno le disposizioni organizzative idonee a permettere la predisposizione del PAI secondo una valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle condizioni e dei bisogni del residente e tali da garantirne la stesura entro e non oltre i 21 giorni dall'ingresso. L' a.p.s.p. a tale scopo e altresì per garantire la gestione delle informazioni tra i componenti dell'equipe di cura e il reale coinvolgimento del residente e del familiare nonché al fine di assicurare che tutte le prestazioni vengano erogate secondo le necessità e nei tempi individuati si dota di un apposito documento **(procedura stesura, divulgazione e presa in carico P.A.I., procedura di ingresso)**. Per situazioni particolari l'organizzazione garantisce un' valutazione tempestiva delle nuove condizioni cliniche del residente e stila in merito un apposito PAI a sostituzione e/o integrazione del Piano già in essere e per la cui diffusione e condivisione si attiene alla stessa procedura di cui sopra **(progetto fine vita e relativa stesura PAI)**. Il rispetto dei tempi di accesso alle valutazioni iniziali di inquadramento dei bisogni degli ospiti sono oggetto di monitoraggio e condivisi e costituiscono base per il riesame delle attività **(audit procedure)** La direzione provvede a mantenere aggiornata tutta la documentazione informativa relativa alle modalità di accesso e di presa in carico **(carta dei servizi, sito WEB)**

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

L'assistenza garantita agli ospiti assume caratteristiche di continuità grazie alla definizione delle responsabilità e delle modalità per il passaggio di cura. Viene garantita quindi la circolarità delle informazioni rilevanti per la salute degli ospiti sia tra i vari operatori coinvolti nelle attività assistenziali sia con altre strutture territoriali e ospedaliere con cui l'organizzazione si rapporta. La circolarità delle informazioni viene garantita tramite la stesura e l'adozione di apposite procedure **(procedura ingresso e dimissione, procedura appropriatezza ricoveri, procedura visite fuori struttura)** Il modello assistenziale adottato segue le indicazioni delle direttive provinciali e ha come riferimento base il PAI, gli incontri tra gli operatori per la stesura del PAI, il modello di registrazione delle informazioni sulla cartella sanitaria informatizzata dell'ospite, **(procedura stesura, aggiornamento conservazione e archiviazione cartella sanitaria)** la modalità di registrazione sul diario informatizzato con le segnalazioni e le consegne al cambio turno.

UMANIZZAZIONE

La direzione demanda alle figure di coordinamento sanitario e assistenziale la responsabilità di definire le modalità e le procedure da utilizzare per garantire che gli ospiti, ed i familiari nei casi in cui è consentito, vengano informati sul loro stato di salute, sui piani assistenziali che li riguardano, su eventuali procedure diagnostiche che

REDAZIONE	APPROVAZIONE	EDIZIONE
Bettega Elena Donei Michela Vargiu Valentina	Approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 08 del 15/03/2019	01/2019

richiedano consenso preliminare all'esecuzione dando possibilità di rifiutare i trattamenti. **(documenti consenso informato)**

14

Il rispetto della riservatezza è oggetto di attenzione da parte della direzione che emana documenti rivolti a tutti gli operatori come segno della politica dell'ente che mette l'ospite al centro dei propri interessi. Promuove altresì interventi formativi volti alla sensibilizzazione del personale in tema di dignità, privacy, etica e deontologia soprattutto qualora nel monitoraggio dei processi ad essa collegati ravvisi contesti non favorevoli all'umanizzazione delle cure.

La riservatezza degli ospiti viene intesa in maniera ampia ricomprendendo sia la tutela dei dati personali sensibili che il pudore della persona che non deve essere esposta all'indiscrezione nel contesto di trattamenti terapeutico-diagnostico-assistenziali.

Il personale è tenuto ad assicurare il rispetto delle convinzioni religiose e spirituali degli ospiti e la direzione da disposizioni formali in merito tenuto conto della tipologia di utente cui viene data assistenza, spesso con connotazione di fragilità sia sul piano sociale che sul piano delle condizioni di salute con perdita dell'autonomia personale nelle attività quotidiane.

Oltre a garantire il rispetto delle convinzioni religiose e spirituali, la direzione da disposizione alle figure di coordinamento affinché organizzino l'assistenza tenendo conto, il più possibile, dei ritmi abituali propri dei residenti nelle attività quotidiane.