

Residenza Sanitaria Assistenziale

“Helios ”

Treecastagni



CARTA DEI SERVIZI

INDICE

Introduzione	4
Finalità.....	5
Politica della Qualità.....	6
La Struttura.....	8
I Servizi offerti	11
Gestione delle Urgenze	18
Modalità di tutela degli utenti in caso di mancato rispetto dello standard adottato	19
Gli impegni per la qualità e meccanismi di tutela e verifica	20
Umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza.....	31
Segnalazioni-Reclami-Proposte	34

Introduzione

La presente carta dei servizi intende:

- Offrire informazioni sulla Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) e sui servizi erogati dalla stessa.
- Consentire ai cittadini di esercitare al meglio il loro diritto di libera scelta del servizio in relazione ai propri bisogni.
- Permettere la verifica ed il controllo sulla corrispondenza fra servizio dichiarato e servizio effettivamente erogato.

La invitiamo a prendere visione della presente Carta dei Servizi affinché possa conoscere l'organizzazione interna della nostra R.S.A., e i servizi offerti.

La R.S.A. conforma la propria attività a questi principi:

- **Eguaglianza:** l'erogazione dei servizi e delle prestazioni non è soggetta ad alcun tipo di discriminazione di sesso, razza, etnia, lingua, religione, opinioni politiche, condizioni psicofisiche e socioeconomiche.
- **Imparzialità:** attraverso un comportamento ispirato a criteri di imparzialità e giustizia.
- **Continuità:** viene garantita una assistenza e cura con regolarità.
- **Diritto di scelta:** l'utente ha diritto di essere informato e di poter intervenire in libera scelta mediante istanze, proposte, osservazioni e reclami.
- **Efficienza ed efficacia:** la R.S.A. utilizza in modo corretto tutte le risposte e adotta tutte le misure idonee al raggiungimento degli obiettivi.

Finalità

La RSA è "una struttura extra ospedaliera", dotata di personale medico ed infermieristico specializzato. finalizzata a fornire accoglienza, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero a persone anziane in condizioni di non autosufficienza.

La RSA è dotata di 40 posti letto per le persone anziane non autosufficienti.

La R.S.A.:

- . Fornisce un intervento unitario e globale volto alla cura della persona non autosufficiente.

- . Promuove e favorisce ogni intervento a tutela della salute e del benessere della persona anziana, studiato sulla base delle esigenze di ciascuna persona, al fine di prevenire e rallentare il decadimento cognitivo e funzionale e contenere i disturbi comportamentali.

- . Pone l'ospite al centro dei processi assistenziali, riabilitativi e ricreativi offerti.

- .Offre una assistenza personalizzata per ogni ospite, secondo un progetto individuale, attraverso un approccio multidimensionale che prevede la presenza di una unità operativa interna composta dai professionisti presenti in struttura (medici internisti, geriatri, fisioterapisti, infermieri professionali, animatori ed operatori qualificati).

- .Offre ai nuclei familiari un servizio integrativo e/o sostitutivo delle loro potenzialità assistenziali.

La RSA si propone di essere il più possibile adeguata ai bisogni degli ospiti, ma non può sostituirsi nei rapporti socio-affettivi della famiglia e della realtà territoriale da cui essi provengono. E' auspicabile che i parenti e gli amici collaborino con la RSA per il bene dell'ospite e per meglio far fronte alle sue esigenze, nel rispetto delle sue libere scelte.

Politica della Qualità

La politica della qualità, definita e documentata dalla Direzione della R.S.A. ha come obiettivo primario l'erogazione di prestazioni di spessore sanitario assistenziale tale da soddisfare pienamente le esigenze dei propri utenti tutelando il loro stato di salute e quindi rispettandone la dignità umana.

In particolare la R.S.A. ritiene che sia di fondamentale importanza fornire ai propri pazienti servizi affidabili nel rispetto delle normative vigenti e conformi alle specifiche richieste.

Per raggiungere tali obiettivi la R.S.A. dichiara i seguenti impegni:

- la qualità totale è l'obiettivo primario della R.S.A.;
- allo scopo di garantire la qualità delle prestazioni erogate, l'Azienda intende istituire, mantenere e riesaminare ad intervalli predefiniti un < sistema qualità documentato conforme allo standard di riferimento (UNI EN ISO 9001: 2015) del quale sia tenuto nella massima considerazione il controllo della fornitura di servizi sanitari assistenziali nonché il rapporto con il paziente;
- rispettare integralmente quanto previsto dalla carta dei servizi sia formalmente che sostanzialmente.
- realizzare servizi di piena soddisfazione del paziente effettuando continue rilevazioni del gradimento degli utenti sul servizio offerto a mezzo di un questionario da compilare in forma anonima in cui segnalare gli aspetti positivi e negativi riscontrati durante l'uso dei servizi della R.S.A.;
- mantenere un costante aggiornamento del personale per garantire un alto grado di competenza professionale;
- garantire le tecnologie e le professionalità necessarie alle prestazioni sanitarie costantemente aggiornate;
- rispettare la dignità del paziente favorendo l'umanizzazione dei rapporti che devono essere improntati alla correttezza, alla gentilezza, alla propensione all'ascolto, al dialogo e alla riservatezza;

- informare correttamente e chiaramente su tutto ciò che concerne lo stato di salute, mettendo il paziente in condizioni di decidere consapevolmente in merito alla propria salute e contemporaneamente non violando il diritto alla riservatezza del paziente;
- rispettare l'etica professionale dei propri operatori

La Struttura

L'ampio fabbricato è circondato da un bellissimo parco ed è suddiviso in maniera molto funzionale, su tre livelli.



Piano seminterrato:

palestra, soggiorno, infermeria, laboratorio di terapia occupazionale, cappella per il culto, stanza parrucchiere e podologia, ambulatorio medico, sala kinesiterapia, deposito biancheria, servizi, deposito.

Piano terra: hall centrale, reception, uffici amministrativi, sala

soggiorno, sala pranzo, camere di degenza, camera mortuaria.

Piano primo: camere di degenza, sala pranzo, sala visite, locale assistenza, cucino, soggiorno.

Esterno: ampio parcheggio auto e parco alberato a disposizione degli ospiti e dei visitatori, per piacevoli momenti di contatto con la natura, socializzazione, svago e relax.

La struttura è fornita di 20 camere distribuite nel primo piano e nel piano terra.

Quasi tutte le camere sono dotate di bagno con doccia, di impianto di climatizzazione caldo/freddo, e si affacciano sull'ampio parco alberato che circonda la Residenza.

Dove si trova e come si raggiunge



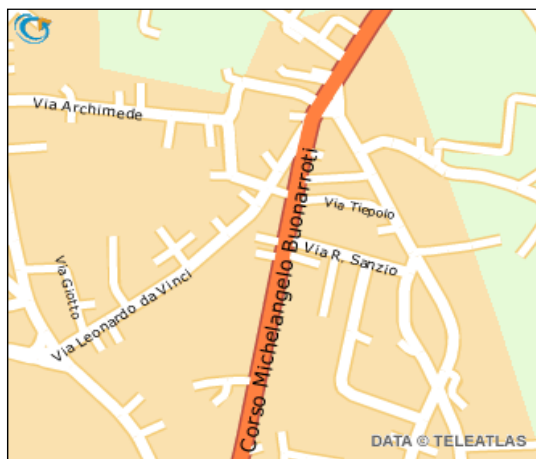
Dove ci troviamo e come contattarci

La R.S.A. "Helios" si trova in
Corso M. Buonarroti, n. 59
95039 Trecastagni (Catania)

Tel. 095 7808334 Fax 095
7801726

e-mail:
heliostrecastagni@pec.it

Il Paese di **Trecastagni**
appartiene alla provincia di
Catania, da cui dista 13 Km.,
conta 7.722 abitanti e sorge in
una zona collinare, posta a 586
metri sopra il livello del mare.



piazza S. Alfio

Come Raggiungerci

Si raggiunge facilmente
seguendo la strada
provinciale che da Catania
conduce a Trecastagni,
dove, dalla centralissima
piazza S. Alfio, ha inizio il
corso M. Buonarroti.



L'accesso

A valutare i requisiti per accedere in RSA è l'Unità di Valutazione Multidimensionale territoriale detta **UVM**, presente in ogni distretto ASP, che riceve ed analizza la richiesta di ricovero in RSA, fatta dal Medico Curante del paziente, o dai Servizi Sociali nel caso in cui il paziente si trovi ricoverato in Ospedale. L'UVM valuta la persona non autosufficiente e ne dispone il ricovero.

I Servizi offerti

a) Servizi Sanitari

Assistenza Medica

L'Assistenza Medica si pone come finalità il mantenimento e/o il recupero dello stato di benessere e dell'autonomia funzionale degli ospiti, nel rispetto della loro dignità e volontà, attraverso:

- l'attuazione di una valutazione multidimensionale in equipe del paziente, effettuata con la collaborazione di infermieri, operatori OSA, fisioterapisti, assistente sociale ed animatore mediante cui si individuano gli interventi più efficaci di risposta ai bisogni terapeutici, riabilitativi, assistenziali ed occupazionali degli ospiti.
- la periodica verifica dello stato di salute e di quello funzionale di ogni singolo ospite, con conseguente aggiornamento del programma riabilitativo.
- la prescrizione delle terapie farmacologiche e non farmacologiche, necessarie, unitamente alla loro periodica rivalutazione.
- la gestione delle patologie acute intercorrenti e di quelle croniche
- la richiesta di accertamenti strumentali che si rendono necessarie
- l'attivazione di eventuali ricoveri ospedalieri
- la compilazione, la gestione e l'aggiornamento periodico della cartella clinica di ogni ospite
- la comunicazione e lo scambio di informazione con gli ospiti ed i loro familiari

L'Assistenza Medica è quotidiana, dalle ore 8.00 alle ore 14.00, con esclusione dei giorni festivi. Durante le altre fasce orarie l'assistenza medica è assicurata con reperibilità.

Servizio di Riabilitazione

Il servizio di riabilitazione attua interventi specifici, sia individuali che di gruppo, volti a recuperare, potenziare e mantenere nel tempo le capacità motorie e funzionali degli ospiti. Particolare attenzione viene posta, oltre che ai trattamenti in fase acuta e post-acuta, ai trattamenti cosiddetti di mantenimento che si propongono di "mantenere" il più a lungo possibile nel tempo le capacità residue e di prevenire la sindrome da immobilizzazione anche attraverso l'impiego di protesi ed ausili.

Gli interventi riabilitativi sono, di norma, decisi e programmati in equipe

Gli interventi posti in atto sono prevalentemente:

- Trattamenti riabilitativi individualizzati secondo protocolli e metodica Bobath
- Terapia di orientamento alla realtà
- Attività prassico-manuali
- Valutazione motoria e cognitiva dei nuovi ospiti

Servizio Infermieristico

L'Assistenza Infermieristica è garantita costantemente nell'arco delle 24 ore

Il personale infermieristico cura la corretta applicazione delle prescrizioni in materia infermieristica ed assistenziale, mediante la somministrazione delle terapie farmacologiche prescritte, l'effettuazione di medicazioni, prelievi, etc.

Inoltre:

- Collabora con i medici e con le altre figure dell'equipe nella valutazione multidimensionale del paziente e ne cura: l'igiene personale, l'alimentazione, la mobilizzazione, la deambulazione.
- Controlla la pulizia e l'igiene degli ambienti di vita
- Mantiene relazioni comunicazioni con l'ospite ed i suoi famigliari.

b) Servizi Sociali

Servizio Sociale

Il servizio di assistenza sociale è espletato dall'assistente sociale che mette in atto tutti gli interventi necessari per favorire il rientro del paziente presso il proprio domicilio e/o nel tessuto sociale di appartenenza. L'assistente sociale favorisce l'inserimento e il soggiorno del paziente in struttura eseguendo colloqui con il paziente stesso ed i suoi familiari al fine di acquisire informazioni utili volti a programmare ed attuare interventi che rispondono alle esigenze dell'ospite.

c) Servizi Alberghieri

Servizio di Ristorazione

La RSA garantisce, in appalto, il servizio di ristorazione.

Tale servizio è controllato dal responsabile sanitario e dal personale addetto alla somministrazione dei pasti. Il menù elaborato dal medico dietista ed approvato dall'ASP, consente agli ospiti di poter scegliere quotidianamente, tra una serie di alimenti proposti, quelli che maggiormente gradiscono.

I medici della RSA stabiliscono eventuali prescrizioni dietetiche per i singoli ospiti, in relazione alle specifiche esigenze di salute ed alle cure in corso.

E' previsto un menù con cibi semiliquidi per ospiti con problemi di masticazione e/o deglutizione.

Servizio di lavanderia

La RSA fornisce lenzuola e federe provvedendo esternamente al relativo lavaggio.

Servizio di pulizia degli ambienti

La pulizia delle aree di degenza e degli spazi comuni è affidata al personale ausiliario socio-assistenziale il quale provvede anche alla pulizia dei letti, degli arredi e delle attrezzature in ogni nucleo abitativo della RSA.

d) Servizi Vari

Servizi di Animazione

Il servizio di animazione finalizza i propri interventi al mantenimento degli interessi specifici dell'anziano ed alla prevenzione del decadimento cognitivo. Le attività sono di gruppo o individuali, in base agli interessi ed alle capacità residue del paziente e prevedono:

- favorire l'integrazione e la socializzazione degli ospiti all'interno della struttura.
- attività ludico-creative.

Assistenza Spirituale

E' un servizio a disposizione di tutti gli anziani che lo desiderano. La RSA garantisce altresì il rispetto e la pratica di tutte le religioni.

Servizio Ausiliario

Il servizio ausiliario viene svolto da operatori che si occupano della pulizia degli ambienti, e supportano il personale infermieristico nella cura ed assistenza dell'ospite in tutte le attività di base della vita quotidiana.

Tutto il personale della R.S.A. opera con professionalità e metodologie dirette a tutelare, mantenere e favorire il recupero dell'autonomia funzionale dell'ospite

Farmaci e presidi

Farmaci: la RSA fornisce tutti i farmaci presenti nel prontuario disponibile alla ASP, per i farmaci non previsti nel suddetto prontuario dovrà provvedere il medico curante del paziente attraverso apposita ricetta, mentre i farmaci non prescrivibili secondo il S.S.N. saranno a totale carico del paziente.

Presidi: per la fornitura dei presidi (ausili ortopedici, chirurgici etc.) viene attivata la pratica tramite specifica richiesta del Medico curante del paziente

Attività di volontariato

Gruppi di volontariato si impegnano periodicamente nell'intrattenimento e nella gestione del tempo libero degli ospiti, favorendone l'interazione sociale e la solidarietà di gruppo.

Sono inoltre attivabili, dietro specifica richiesta, ed a totale carico del paziente i servizi di:

- estetista
- podologo
- parrucchiere

La giornata tipo dell'ospite

ore 07.00 - 08.30 : Risveglio, alzata, igiene personale

ore 08.30 - 09.00 : Colazione

ore 09.00 - 12.20 : Programmi sanitari e riabilitativi, attività libere

ore 12.30 - 13.15 : Pranzo

ore 13.15 - 16.00 : Riposo, alzata, igiene personale

ore 16.30 - 18.45 : Programmi sanitari e riabilitativi; attività sociali e occupazionali, attività libere

ore 18.45 - 19.30 : Cena

ore 19.30 - 21.00 : Attività libere, terapia e assistenza per la notte - Riposo

VISITE

Al fine di prevenire ogni possibile contagio da COVID-19, i parenti e gli amici degli ospiti si obbligano a rispettare eventuali limitazioni in ottemperanza alle direttive ministeriali



Il paziente ha diritto a:

- Alla consulenza dei membri della equipe.
- A che gli operatori adottino comportamenti rispettosi dell'igiene e non lesivi del bisogno dell'utente.
- A ricevere le terapie prescritte negli orari stabiliti e senza interruzione nei periodi festivi e notturni.
- Ad una assistenza medica ed infermieristica adeguata per numero di operatori, qualificazione professionalità e cortesia
- Al rispetto della propria dignità intimità e pudore.
- Ad avere assistenza adeguata se non autosufficiente.
- Ad aver preventivamente informazioni corrette chiare ed esaustive sulla cura della propria malattia sulla durata e possibili disagi.
- Al rispetto del divieto di fumare.
- A segnalare eventuali disfunzioni utilizzando apposita modulistica

Doveri del paziente:

- Far rispettare dai parenti ed amici gli orari di visita.
- Non arrecare disturbo agli altri degenti.
- Non ricevere dall'esterno cibi, bevande senza il consenso del personale medico.
- Evitare di tenere in camera somme di denaro o oggetti personali di valore per i quali la RSA declina ogni responsabilità.
- Informare il medico responsabile su eventuali terapie praticate a domicilio ed evitare di assumere farmaci non prescritti dai sanitari della RSA.

Gestione delle Urgenze

Generalmente è l'infermiere che presta il primo soccorso in caso di bisogno o quando si rende conto di una situazione critica che richiede l'immediato intervento di professionisti.

In caso di emergenza/urgenza l'infermiere effettua una osservazione accurata, sistemica e mirata, quindi rileva i parametri vitali ed a secondo la gravità della situazione, avvisa il medico e richiede l'eventuale intervento del 118.

Modalità di tutela degli utenti in caso di mancato rispetto dello standard adottato

La RSA Helios, nell'ottica di una sempre maggiore tutela dei propri ospiti, ha sviluppato un sistema di gestione qualità comprensivo di un sistema di monitoraggio tale da rendere subito evidente la presenza di anomalie.

In caso quindi di mancato rispetto, verranno attivate le procedure di gestione delle Non Conformità che, in caso di Non Conformità di carattere minore, possono essere gestite direttamente dal Responsabile Qualità, o altrimenti dall'insieme di più funzioni dell'organizzazione.

Dalla gestione delle Non Conformità si potranno definire delle azioni di miglioramento che verranno espletate attraverso l'elaborazione di un Piano di Intervento.

La RSA Helios ha peraltro, al suo interno, incaricato un Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico che, secondo le indicazioni delle procedure interne, ha il compito di tutelare l'utente trattando le possibili disfunzioni del sistema dalla presa in carico alla definitiva risoluzione.

Qualora il mancato rispetto dello standard adottato comporti un pericolo per la salute dell'utente, sarà compito degli infermieri assistere l'utente e richiedere tempestivamente l'intervento del medico.

Gli impegni per la qualità e meccanismi di tutela e verifica

Standard di qualità impegni e programmi:

Gli standard definiti in questa sezione costituiscono un punto di riferimento per gli utenti della struttura e devono essere intesi come una dichiarazione del livello di qualità del servizio e dell’impegno al continuo miglioramento.

Impegno prioritario della Direzione della RSA è la costante verifica della efficacia assistenziale riabilitativa ed il miglioramento degli standard qualitativi attraverso l’analisi degli indicatori i cui risultati costituiscono lo strumento per il miglioramento continuo.

<i>OBIETTIVI MANAGERIALI</i>		
<i>Area Obiettivo</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>
Volumi	Indice di occupazione dei posti letto	> 90%
GESTIONE DEI COSTI	Adeguatezza del budget assegnato per centro di costo gestione del personale	≥ 50%
	Adeguatezza del budget assegnato per centro di costo <u>manutenzioni</u>	≥ 9%
	Adeguatezza del budget assegnato per centro di costo <u>gestione alberghiera</u>	≥ 14%

OBIETTIVI CLINICI			
<i>Area Obiettivo</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>
Gestione Attività Assistenziale E Socio Assistenziali	Misurare la capacità di analisi e intervento dell'equipe assistenziale	num. PTRP con ottenimento risultato atteso/totale dei PTRP (CTA) redatti (num. pazienti che hanno migliorato su scale di valutazione /tot paziente)	> 80%
	Misurare la capacità di analisi e intervento dell'equipe assistenziale assistenziale/num. Ospiti	Tempo medio di assistenza infermieristica (min) -num.ore lavorate equipe assistenziale/num. Ospiti	≥ 45 min
	Misurare la capacità di personalizzazione cure	% PTRP (CTA)/num. Ospiti	100%
	Misurare la capacità di garantire la stabilità delle condizioni cliniche degli ospiti	num. ricoveri ospedalieri/num. Ospiti	≤ 5%
	Misurare la qualità del percorso assistenziale e la conformità alle attività realizzate ai protocolli e linee guida adottati	% (Valore scala di valutazione SVAMA finale - Valore scala di valutazione SVAMA iniziale)/ Valore scala di valutazione SVAMA iniziale	≤ 10% (su un campione di 5 cartelle cliniche)

OBIETTIVI DI PROCESSO			
<i>Area Obiettivo</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>
Gestione Del Paziente	Misurare il grado di soddisfazione del cliente	% Utenti soddisfatti dei servizi sanitari	> 95%
		- di cui molto soddisfatti	> 25%

OBIETTIVI DI PROCESSO			
<i>Area Obiettivo</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>
		% Utenti soddisfatti dell'informazione	> 95%
		% Utenti soddisfatti dell'assistenza medica	> 95%
		- di cui molto soddisfatti	> 25%
		% Utenti soddisfatti dell'assistenza infermieristica	> 95%
		- di cui molto soddisfatti	> 25%
		% Utenti soddisfatti della riservatezza del personale	> 95%
		- di cui molto soddisfatti	> 25%
		% Utenti soddisfatti dei servizi alberghieri	> 95%
		- di cui molto soddisfatti	> 25%
		% Giudizio positivo sulle condizioni igieniche	100%
		- di cui molto soddisfatti	> 25%
	Misurare la capacità di garantire la qualità del servizio lavanderia	Numero di Reclami per capi rovinati o persi	0
	Misura del coinvolgimento del paziente sul processo assistenziale	Num incontri utente-medico responsabile/mese	≥ 4 (su un campione minimo 5 cartelle cliniche)
	Misura dell'approccio multidisciplinare	Numero di Non Conformità derivate dal processo di valutazione della qualità delle cartelle cliniche (relativo all'assenza di registrazione riunioni dell'equipe multidisciplinare)	0
	Misura dell'accesso agevolato alla documentazione sanitaria	Numero di giorni impiegati per la consegna della documentazione sanitaria rispetto alla data della richiesta	≤ 7gg lavorativi
	Misura della presa in carico di un paziente fragile (anziani, malati oncologici, trapianti, malati	(numero di condizioni di fragilità riportate in cartella	100%

OBIETTIVI DI PROCESSO			
<i>Area Obiettivo</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>
	terminali, donne vittime di violenza)	clinica)/(num di pazienti fragili presenti)×100	
	Misura dell'attenzione alla multiculturalità –	(num di contratti di collaborazione con mediatori culturali)/(num di utenti stranieri con difficoltà nella comunicazione)×100	100%
	Misura del supporto psicologico per situazioni particolari (oncologia, trapianti, malati terminali)	num di incontri con lo psicologo	≤ 4
	Misura dell'attenzione al rapporto familiare- utente	Numero di reclami relativi alla difficoltà di visita in struttura da parte dei familiari	0
	Misura del coinvolgimento del paziente sul processo assistenziale	(Numero di incontri utente-medico responsabile effettuati)/mese	≥ 4
Gestione Del Personale	Presenza del Piano di Formazione	Numero di Piano di Formazione per anno solare	1
	Individua-zione delle priorità per i corsi di Formazione	% Num di priorità assegnate per attività di formazione / Num di attività di formazione previste dal piano	100%
	Rilevazione del Fabbisogno Formativo	Rilevazione del Fabbisogno Formativo	≥ 1
	Attività di Formazione sul coinvolgimento e ascolto attivo dei pazienti e familiari	Presenza di Formazione sul coinvolgimento e ascolto attivo dei pazienti e familiari	≥ 1
	Corretta compilazione del Piano di Formazione (secondo lo schema definito in procedura)	% num capi compilati correttamente nel piano di formazione/ num tot dei campi previsit per ciascuna attività di formazione	100% entro l'anno
	dell'accreditamento a funzione di provider ECM degli enti di formazione	% Num di schede Agena per Ente di Formazione _x / Ente di Formazione _x	≥ 1
	Attività di Formazione del Rischio Clinico ed occupazio-nale dei neoassunti	% num attività di formazione sul rischio clinico ed occupazionale erogate entro l'anno di assunzione/num tot neoassunti	100% dopo l'anno di assunzione

OBIETTIVI DI PROCESSO			
<i>Area Obiettivo</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>
	attività di valutazione dell'idoneità al ruolo	% num di valutazione dell'idoneità al ruolo/num di neoassunti	100%
	Definizione degli standard di competenza per posizione	% num di standard di competenze definite/ numero di posizioni presenti in organigramma	100%
	attività di valutazione dell'efficacia dei programmi di affiancamento	% num di valutazioni positive dell'efficacia dei programmi di affiancamento/ num di neoassunti	100%
	Monitoraggio attività di condivisione	% num di attività di condivisione svolte/ num di attività di formazione esterne effettuate	> 80%
	Valutazione della Performance	% num valutazioni effettuate/ num tot di valutazioni da effettuare	100%
	Valutazione del mantenimento delle competenze professionali	% valutazioni su corsi di formazione e raggiungimento crediti ECM/ num totale di valutazioni da effettuare	100%
	Misurare la qualità dei corsi di formazione erogati	Valutazione complessiva del Corso	> 85%
	Misurare la capacità di pianificare ed erogare la formazione	numero attività di formazione erogate/numero di attività di formazione previste dal piano	100%
	Misurare la capacità di erogare la formazione e l'addestramento al personale neo assunto	num. piani di formazione e addestramento realizzati/num. operatori neo assunti	100%
	Misurare la capacità di pianificare e rispettare le scadenze sull'attività di formazione obbligatoria legata all'art 37 dlgs 81/08	Num.attività di Formazione erogate (art 37 dlgs 81/08)/Num.totale di neoassunti+Personale con attestato in scadenza nei prossimi 30 gg	100%
	Misurare il benessere organizzativo	% dipendenti soddisfatti e molto soddisfatti	100%
		% di operatori premiati sul totale degli operatori con valutazione eccellente	> 90%

OBIETTIVI DI PROCESSO			
<i>Area Obiettivo</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>
		Approvazione del Programma di premialità per anno	≥ 1 per anno
Gestione farmaci	Misurare l'efficacia della procedura di Gestione Farmaci	Numero Non Conformità rilevate da audit III parte	0
		% Num Farmaci e Presidi Scaduti	< 5%
		Numero di segnalazioni eventi avversi correlata ad un'errata somministrazione dei farmaci	0
Gestione sostanze stupefacenti e psicotrope	Misurare l'efficacia della procedura di Gestione Sostanze Stupefacenti e Psicotrope	Numero Non Conformità relative alla gestione delle giacenze di sostanze stupefacenti e psicotrope	0
		% giacenza reale/giacenza contabile	100%
Sistema di gestione qualità'	Misurare l'efficacia della procedura dell'Analisi del Contesto	Numero di Non Conformità legati alla mancata gestione di un processo aziendale da parte del Sistema di Gestione Qualità	0
	Misurare l'efficacia del monitoraggio costante degli indicatori del piano annuale delle attività per raggiungere gli obiettivi prefissati	Numero di NC legate ad un non corretto monitoraggio dell'attuazione del piano annuale delle attività	0
	Misurare l'attuazione degli Obiettivi prefissati	Numero di Obiettivi raggiunti	> 95%
	Misurare l'efficacia della procedura Responsabilità della Direzione	Numero NC legate a mancata definizione dei ruoli organizzativi e	0

OBIETTIVI DI PROCESSO			
<i>Area Obiettivo</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>
	Misurare l'efficacia del Sistema di controllo di gestione	% numero di obiettivi riportati in PGQ04 MOD05/ num tot di obiettivi riportati nel Piano annuale delle attività	1
	Misurare l'efficacia della procedura di Riesame della Direzione	Numero di Riesami della Direzione	≥ 1
	Misurare l'efficacia della procedura di Audit Interni	Numero Non Conformità rilevate da audit III parte	0
		% Num Rapporto di Audit interno per verifica della corretta chiusura delle azioni correttive	100%
	Misurare l'efficacia della procedura di Gestione Non Conformità e Azioni Correttive	Numero Non Conformità non gestite	0
		% verifiche con esito positivo sull'efficacia delle azioni correttive	100%
Gestione della comunicazione	Presenza della cassetta per la raccolta di suggerimenti	Numero di cassette per la raccolta dei suggerimenti	1
	Monitoraggio sulla corretta applicazione della procedura di comunicazione	Numero di Non Conformità derivanti da audit interno sulla comunicazione	0
	Indicatore sulla comunicazione in tema di prevenzione ICA e sul coinvolgimento dei pazienti nei processi del rischio clinico	Dichiarazione di presa visione Informativa ICA firmata/utente	1 (su un campion e di minimo 3 cartelle cliniche)
	Misura della Qualità della relazione tra professionisti, utenti e familiari	Num di valutazioni della qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari	≥ 1

OBIETTIVI DI PROCESSO			
<i>Area Obiettivo</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>
	Misurare l'efficacia della procedura di Gestione dei Flussi Informativi	Controllo dell'avvenuto invio del flusso riepilogo dati economici entro il 10 del mese successivo al mese di erogazione	≤ 1 per anno
		Inadempimenti emersi nella gestione dei flussi informativi	≤ 1 per anno
	Misurare l'efficacia della comunicazione on line, anche attraverso la rilevazione del livello di consultazione da parte dei cittadini	Aumento del numero di visualizzazioni sito web	> 150
	Misurare l'efficacia della Comunicazione Eventi avversi	Numero reclami legati alla comunicazione di un evento avverso	0
		Numero anomalie registrate nella gestione della comunicazione degli eventi avversi sul numero totale di eventi avversi registrati	< 1
	Misura la soddisfazione della comunicazione con gli utenti e i familiari	Numero di Reclami fondati presentati	0
		% Cittadini soddisfatti in seguito al trattamento di un reclami presentati	> 95%
Gestione Del Consenso	Misurare l'efficacia della procedura di Gestione del Consenso	Numero di reclami fondati relativi a una non corretta comunicazione sul consenso Informato al Trattamento Sanitario e Informativa sul trattamento dei dati personali	0
	Monitorare la corretta applicazione per l'acquisizione del Consenso agli utenti	Presenza Consenso Informato in Cartella Clinica	1 (su un campion e minimo di 3 cartelle cliniche)

OBIETTIVI DI PROCESSO			
<i>Area Obiettivo</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>
Gestione dei documenti di sistema	Monitorare la capacità di gestire correttamente le informazioni documentate	n. NC da audit III parte relativa alla gestione delle informazioni documentate	0
		Num.NC per errata archiviazione delle informazioni documentate	0
Gestione amministrativa	Misurare l'efficacia della procedura di Gestione Amministrativa	Numero di segnalazioni di inadempienza in merito agli adempimenti di legge	0

OBIETTIVI DI PROCESSO			
Gestione dei fornitori	misurare l'affidabilità dei fornitori	Num. forniture non conformi	< 2 per anno
		Numero di Forniture non Conformi per Fornitore Qualificato	< 20%
	misurare la capacità di garantire la qualità dei pasti servizi pasti in outsourcing	% varietà dei pasti	> 90 %

OBIETTIVI DI SICUREZZA			
<i>Attività</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>
Gestione rischio clinico	Monitorare la capacità di gestione del piano rischio clinico	Numero di eventi avversi segnalati	0
	Monitorare la capacità di segnalazione near miss	Variazione del numero percentuale di segnalazioni eventi near miss rispetto all'anno precedente	> 20%
	Monitorare la capacità di	% segnalazione degli eventi avversi su numero totale di eventi avversi accaduti	100%

OBIETTIVI DI SICUREZZA			
<i>Attività</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>
	segnalazione eventi avversi		
	Monitorare la capacità di analisi delle cause degli eventi avversi	Numero di Root Cause Analysis effettuate sul totale del numero degli eventi avversi	100%
	Indicatore sulla corretta comunicazione dell'evento avverso	Numero di reclami legati alla comunicazione di un evento avverso	0
		Num di anomalie registrate nella gestione della comunicazione degli eventi avversi/ num tot di eventi avversi registrati	< 1per anno
	Indicatore sulla comunicazione verso l'esterno degli eventi avversi	Presenza relazione annuale aggiornata sugli eventi avversi avvenuti in struttura nell'anno precedente	1
	Indicatore sulla gestione dell'impatto evento avverso sull'operatore	% numero di piani di supporto psicologico attivati/ num di operatori coinvolti direttamente in un evento avverso	100%
	Indicatore sulla corretta gestione della risoluzione stragiudiziale	% num di risoluzioni stragiudiziali/ num di contenzioni derivanti da eventi avversi	> 90%
Gestione e controllo dei sistemi informativi	Monitorare la capacità di evitare incidenti di sicurezza sulle informazioni	n. incidenti di sicurezza delle informazioni	0
Gestione aspetti sicurezza, ambiente e infrastrutture	Monitorare la capacità di garantire la sicurezza degli ospiti e dei dipendenti	% di cadute su totale pazienti ricoverati	≤ 5%
		num. infortuni INAIL	0
	Misurare la corretta applicazione del protocollo di gestione del rischio biologico ed infettivo	numero di infortuni annui a rischio biologico sul numero totale degli infortuni annui denunciati	0

OBIETTIVI DI SICUREZZA			
<i>Attività</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>
	Monitorare la capacità di gestione delle urgenze/emergenze	Numero di eventi avversi legati a urgenze/emergenze causati dalla mancanza momentanea del personale	< 1
		Numero di eventi avversi per ritardi nella gestione dell'emergenza	< 1
	Misurare la capacità di gestire aspetti ambientali	% rispetto programma determinazioni previste piano haccp e legionella	100%
	Misurare la capacità di garantire l'igiene e sanificazione degli ambienti	% numero di attività sanificate registrate su numero totale di attività di sanificazione programmate	100%
	Misurare la capacità di gestire infrastrutture	% rispetto programma manutenzione previste scadenziario	100%
		% di Azioni correttive correttamente gestite in seguito a Non Conformità emerse durante il Facility Tour	100%
	Rilevazione dell'attuazione del programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture per come è definito dal Documento delle Direzione PGQ 27	Numero di Non Conformità derivanti da audit interno sulla gestione del rischio ambientale e dell'infrastruttura	0
	Definizione del Budget destinato alla manutenzione ordinaria e straordinaria	Presenza della definizione del budget destinato alla gestione in sicurezza delle infrastrutture all'interno del Piano annuale delle attività	1
GESTIONE E CONTROLLO DELLE APPARECCHIATURE	Corretta gestione del Rischio ambientale e strutturale	Numero di Facility Tour effettuati	≥ 2
	Valutazione dell'obsolescenza delle attrezzature	Valutazione obsolescenza apparecchiature presenti	≥ 1

OBIETTIVI DI SICUREZZA			
<i>Attività</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>
	Rilevazione del Fabbisogno emergente	Rilevazione del fabbisogno emergente	≥ 1
	Adeguamento norme di settore per le apparecchiature	% Presenza marcatura CE/ Apparecchiatura acquistata	100%

I dati di verifica del rispetto degli standard derivanti dal monitoraggio degli indicatori di cui sopra vengono affissi in bacheca.

Umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza

Nella definizione delle sue politiche per la cura ed assistenza dei pazienti, la RSA ha definito quali sono le procedure da seguire in caso di utenti con particolari condizioni di salute e di fragilità sia fisica che psicologica, tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche.

La politica della RSA intende garantire la massima protezione possibile per tali categorie durante l'intero percorso diagnostico-terapeutico.

La logica di lavoro in equipe già tipica della RSA, e la costante presenza di personale medico, infermieristico, assistente sociale, consente di rispondere alle specifiche esigenze dei pazienti nel percorso di cura, tenendo conto, nella definizione delle modalità di accoglienza e di svolgimento delle attività assistenziali, dei ritmi fisiologici della persona stessa e stimolando in maniera opportuna la partecipazione attiva dell'utente alle iniziative proposte dalla RSA.

L'utente tipico della RSA è costituito per lo più da anziani non autosufficienti o da adulti che necessitano di assistenza medica. Per cui la prima attenzione che l'organizzazione ha nei confronti dell'utente è proprio quella del rispetto del ritmo fisiologico, ciò significa che diventa fondamentale non forzare l'utente alla

partecipazione attiva evitando al tempo stesso di avallare un atteggiamento del tutto disinteressato nei confronti delle attività proposte dalla RSA.

Particolari esigenze del paziente saranno gestite dall'equipe sin dalle prime fasi di ammissione e inserite in cartella clinica.

In particolare:

- oncologia, trapianti, malati terminali
- in sede di valutazione clinica iniziale o nel corso della permanenza all'interno della RSA verrà riportata in cartella clinica la condizione di "paziente fragile – oncologia, trapianti, malati terminali"
- verranno opportunatamente progettate delle attività riabilitative che coinvolgeranno attivamente l'utente tenendo conto dei propri ritmi fisiologici.
- l'utente verrà monitorato maggiormente dal punto di vista clinico e seguito nelle cure specifiche di cui ha bisogno, provvedendo, se necessario, ad accompagnarlo nelle strutture ospedaliere
- si provvederà ad organizzare attività di supporto psicologico per sostenere l'utente nel percorso della malattia

Inoltre la RSA avvia le seguenti azioni per la gestione della multiculturalità degli utenti. In particolare:

- Verrà posta un'attenzione alle specificità di carattere religioso ed etnico, favorendo per ciascuno la libera professione e la non invadenza tra le parti
- Verranno attivati specifici percorsi di integrazione con il territorio a cura dell'equipe multidisciplinare
- In caso di pazienti stranieri che non conoscono la lingua italiana
- in sede di ammissione verrà riportata in cartella clinica la condizione di "paziente straniero con difficoltà nella comunicazione a causa di una non conoscenza della lingua italiana"
- si provvederà immediatamente all'istituzione di un contratto di collaborazione con un mediatore linguistico

La RSA inoltre promuove una serie di azioni tali da aumentare sempre di più il coinvolgimento di parenti o altri caregiver nel percorso riabilitativo. A tal proposito, oltre l'orario di visita già definito, qualora fossero presenti particolari necessità o richieste dei familiari, la RSA si dimostra disponibile ad accordare permessi speciali previo accordo con il Responsabile Sanitario. Nel caso in cui i familiari fossero impossibilitati ad accedere alla struttura, la RSA provvederà ad attivare modalità di comunicazione da remoto, in modo tale da incentivare sempre più il loro coinvolgimento nella vita dei pazienti.

In presenza di pazienti non autosufficienti (es. anziano, portatore di handicap, straniero, ecc.), l'accesso alla struttura avviene con le stesse modalità previste per le altre tipologie di Pazienti, ad eccezione del fatto che al momento dell'accettazione verrà richiesta la presenza di un familiare, di un accompagnatore autorizzato o di un intermediario culturale (di seguito, rappresentanti legali), a seconda dei casi, affinché provveda ad eseguire le operazioni previste per la presa in carico del paziente. Infatti, in questi casi, sarà il rappresentante legale a firmare l'impegnativa, le informative per la privacy e il triage, dando gli estremi di un valido documento di riconoscimento.

Allo stesso modo, il Responsabile Sanitario garantisce, in presenza di tale tipologia di utenza, che possa accedere anche il rappresentante legale, in modo da essere informato lui stesso della diagnosi e della terapia cui verrà sottoposto il Paziente e, se previsto, provvede a sottoscrivere lui stesso eventuale Consenso Informato ai rischi. In questi casi, gli Specialisti si interfacciano direttamente con i rappresentanti legali del Paziente.

Per quanto riguarda i processi di umanizzazione, in questo caso, se è possibile interloquire direttamente con il Paziente, vale quanto descritto nei paragrafi precedenti; in caso di pazienti non in grado di intendere e di volere, lo Specialista attua i suddetti processi con i caregiver che li rappresentano.

Segnalazioni-Reclami-Proposte

Procedure e modalità di presentazione

Art. 1

Tutti gli utenti, parenti o affini, o organismi di volontariato o di tutela dei diritti, accreditati presso la regione o l'AUSL, possono presentare reclami, osservazioni, segnalazioni e denunce contro gli atti o i comportamenti che negano, limitano o ritardano l'accesso alle prestazioni di assistenza sanitaria e sociale e la loro fruibilità, entro quindici giorni dal momento in cui abbiano avuto conoscenza dell'atto o comportamento lesivo.

I reclami, le segnalazioni, le osservazioni ed i suggerimenti vengono raccolti in apposito contenitore e trattati dal Responsabile della qualità, mentre tutte le informazioni all'utenza vengono fornite presso la sede del centro dal personale amministrativo ovvero telefonicamente o via e-mail.

Art. 2

Gli utenti e gli altri soggetti sono individuati all'art. 1 esercitano il proprio diritto con le seguenti modalità:

- compilazione del modulo prestampato disponibile presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico del centro e consegnato al personale incaricato;
- lettera in carta semplice, indirizzata al Direttore Sanitario/ Amministrativo;
- segnalazione telefonica, fax, e-mail;
- colloqui con i responsabili dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

Nei locali adibiti a sala d'attesa è collocata una cassetta "reclami e segnalazioni" per la raccolta degli stessi, che verranno inoltrati alla Direzione ed al Responsabile della qualità, il quale provvederà ad inviare all'utente, entro 30 giorni dalla ricezione, una risposta conclusiva, nel caso si tratti di problematiche di pronta e veloce risoluzione, oppure una prima risposta a carattere interlocutorio entro sette giorni, nelle more della effettuazione di ulteriori verifiche e/o accertamenti, all'esito dei quali verrà inviata all'utente una risposta definitiva motivata

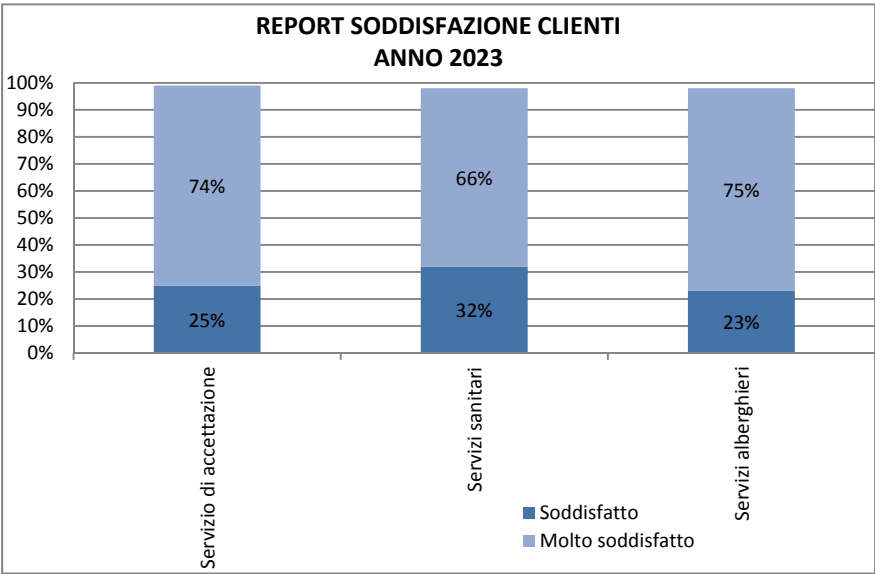
Rilevazione della soddisfazione

La R.S.A. Helios rileva periodicamente, mediante la distribuzione di un questionario di gradimento, il livello di soddisfazione ed i motivi della eventuale insoddisfazione degli utenti che fruiscono dei servizi erogati; la stessa procedura viene attuata anche nei confronti del personale dipendente al fine di coinvolgere e motivare tutti coloro che operano all'interno della struttura per il conseguimento degli obiettivi strategici ed operativi.

Gli utenti possono comunicare eventuali reclami utilizzando il suddetto questionario o compilando apposito modulo disponibile presso l'ufficio URP.

I risultati delle rilevazioni sono analizzati dal Responsabile Qualità e costituiscono un importante punto di riferimento per il miglioramento continuo dei servizi sanitari e complementari.

Di seguito i risultati ottenuti per il 2023



Lo standard prefissato dalla RSA Helios era quello di avere una percentuale di utenti soddisfatti e molto soddisfatti superiore al 95%. Dai dati raccolti nel 2023 e di sopra riassunti nel grafico l'obiettivo è stato raggiunto:

% utenti soddisfatti e molto soddisfatti per il servizio di accettazione= 99%

% utenti soddisfatti e molto soddisfatti per i servizi sanitari = 98%

% utenti soddisfatti e molto soddisfatti per i servizi alberghieri = 98%

I dati di verifica del rispetto degli standard derivanti dal monitoraggio della soddisfazione degli utenti di cui sopra vengono affissi in bacheca.

ASSISTENZA SANITARIA

Fattore di Qualità	Indicatore di Qualità	Standard di Qualità	Modalità di verifica
Visite mediche	Visite giornaliere ai pazienti	I pazienti vengono visitati giornalmente con rilevazione giornaliera dei parametri vitali e della terapia	Verifica da parte della direzione

PRESTAZIONI ALBERGHIERE

Fattore di Qualità	Indicatore di Qualità	Standard di Qualità	Modalità di verifica
Distribuzione pasti	La R.S.A. garantisce pasti personalizzati secondo necessità terapeutiche e/o che richiedono prodotti dietetici	Viene garantita la possibilità di pasti con diete in rapporto alla patologia	Ufficio qualità
Confort all'interno delle stanze di degenza	Presenza di bagni in camera	Numero stanze dotate di bagno = 96%	Ufficio qualità
	Pulizia dei servizi igienici	1 pulizia al giorno ed al bisogno	Ufficio qualità
	Pulizia delle stanze di degenza	1 pulizia al giorno ed al bisogno	

Fattore di Qualità	Indicatore di Qualità	Standard di Qualità	Modalità di verifica
	Presenza di impianti di climatizzazione estate/inverno	Tutte le stanze sono dotate di impianto di climatizzazione	Verifica da parte della direzione
	Presenza dispositivo di chiamata	Num. posti letto dotati di dispositivo di chiamata=100%	Verifica da parte della direzione
	Presenza guardaroba personale	Ogni posto letto è corredato di guardaroba pers.	
	Frequenza cambi biancheria	1 volta al giorno e secondo necessità	
Confort pazienti		Angolo bar	

Rapporti con associazioni rappresentative dell'utenza

Le associazioni rappresentative dell'utenza, le associazioni di volontariato e non profit possono fare riferimento al Responsabile della Qualità per informazioni, chiarimenti e collaborazioni.

Con l'augurio che i servizi offerti possano essere di Suo gradimento la ringraziamo per la gradita, cortese collaborazione.

MODULO PER SEGNALAZIONI E SUGGERIMENTI

(Il presente modulo va inserito nella cassetta portalettere posta all'ingresso)

La sottoscritta (Cognome) (Nome)

Residente in

via N.

Telefono

In qualità di (indicare la parentela)

.....

del Sig./Sig.ra ricoverato

presso la Vs. R.S.A.

DESIDERA SEGNALARE o SUGGERIRE alla Direzione della R.S.A.

"Helios" che:

.....
.....
.....
.....
.....

data..... Firma.....

La R.S.A. si impegna, a fornire riscontro, in merito alla segnalazione,
entro 30 giorni dalla data di consegna del modulo.

HELIOS s.r.l.				PGQ 11 MOD 01
QUESTIONARIO SODDISFAZIONE CITTADINI UTENTI				Rev 01 del 25.01.23
			Anno	2023
Sezione 1: Servizi di Accettazione				
1. Con quale mezzo è entrato in contatto con la struttura?	Telefono	Sito Web	Di presenza	
2. Quanto è soddisfatto della facilità di comunicazione con la struttura?	Insoddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
3. Quanto è soddisfatto delle risposte ottenute dal servizio di accoglienza/accoglienza?	Insoddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
4. Come giudica complessivamente il servizio di accoglienza?	Insoddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
Sezione 2: Servizi sanitari				
5. Quanto è soddisfatto delle informazioni ricevute sulla sua malattia, sugli esami e sulle cure?	Insoddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
6. Quanto è soddisfatto complessivamente della qualità dell'assistenza sanitaria?	Insoddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
7. Quanto è soddisfatto complessivamente della qualità dell'assistenza infermieristica?	Insoddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
8. Quanto è soddisfatto del rispetto della riservatezza personale?	Insoddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
9. Quanto è soddisfatto delle attività riabilitative?	Insoddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
10. Quanto è soddisfatto complessivamente sui servizi sanitari offerti ?	Insoddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
Sezione 3: Servizi alberghieri				
11. Quanto è soddisfatto del comfort degli ambienti di degenza?	Insoddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
12. Quanto è soddisfatto delle condizioni igieniche degli ambienti di degenza?	Insoddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
13. Quanto è soddisfatto del servizio pasti?	Insoddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
14. Quanto è soddisfatto complessivamente dei servizi alberghieri della Helios	Insoddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
SUGGERIMENTI				
Cosa dovrebbe fare l'azienda per incrementare la sua soddisfazione come Cliente?				
Data _____			Firma (facoltativa)	

PGQ 13 ALL. 01
REV. 10 DEL 10/06/2024

Redatto da: Responsabile Qualità
Verificato da: Responsabile Sanitario
Adottato da: Legale Rappresentante