


S.R.S.R.	COL.NAV.SRL Società di Gestione	Codice		
	PROCEDURA OPERATIVA	ALLEGATA ALLA PRO 8.1 - 0		
VILLA NOVA	ANALISI GESTIONE DISSERVIZI	Rev.	Data	Pagina
		0	30/04/18	1 di 5


PROCEDURA OPERATIVA ANALISI E GESTIONE DISSERVIZI

ELENCO DEGLI ALLEGATI

COD.	TITOLO
All. 01	ELENCO NUMERI DI EMERGENZA


0	30/04/2018	Prima stesura
REV.	DATA	DESCRIZIONE / MODIFICA

EMESSO DA: RGQ	VERIFICATO DA: RGQ	APPROVATO DA: DG
Firma	Firma	Firma

S.R.S.R.	COL.NAV.SRL Società di Gestione	Codice		
	PROCEDURA OPERATIVA	ALLEGATA ALLA PRO 8.1 - 0		
VILLA NOVA	ANALISI GESTIONE DISSERVIZI	Rev.	Data	Pagina
		0	30/04/18	2 di 5

SOMMARIO

1	Scopo	3
2	Campo di applicazione	3
3	Responsabilità	3
4	Normativa di riferimento	3
5	Termini ed abbreviazioni	4
6	Modalità operative	4

S.R.S.R.	COL.NAV.SRL Società di Gestione	Codice		
	PROCEDURA OPERATIVA	ALLEGATA ALLA PRO 8.1 - 0		
VILLA NOVA	ANALISI GESTIONE DISSERVIZI	Rev.	Data	Pagina
		0	30/04/18	3 di 5

1 SCOPO

Lo scopo della presente procedura è quello di definire le modalità di analisi e gestione dei possibili disservizi che si possono verificare nella quotidianità.

2 CAMPO DI APPLICAZIONE


La seguente procedura si applica alla S.R.S.R. VILLA NOVA

3 RESPONSABILITÀ

Descrizione attività	RGQ	DG	Tutte le funzioni
Redazione documenti			R
Revisione documenti	R		
Verifica documenti	R		
Approvazione documenti		R	
Distribuzione documenti	R		
Archiviazione	R		
Distruzione documentazione obsoleta	R		
Gestione documentazione di origine esterna	R		

4 NORMATIVA DI RIFERIMENTO

La presente procedura è redatta in conformità al Decreto del Commissario ad Acta 7 novembre 2017, n. U00469 Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012.

S.R.S.R.	COL.NAV.SRL Società di Gestione	Codice		
	PROCEDURA OPERATIVA	ALLEGATA ALLA PRO 8.1 - 0		
VILLA NOVA	ANALISI GESTIONE DISSERVIZI	Rev.	Data	Pagina
		0	30/04/18	4 di 5


5 TERMINI ED ABBREVIAZIONI

RGQ:	Responsabile di gestione per la qualità;
DG:	Direzione Generale;
SGQ:	Sistema di Gestione per la Qualità;
AC:	Azioni correttive;
NC:	Non Conformità;
RdF:	Responsabili di Funzione;
MQ:	Manuale per la Qualità;
PO:	Procedura Operativa;
ALL:	Allegato

6 MODALITÀ OPERATIVE

INTERVENTI NEL CASO DI MANCANZA DI ACQUA\LUCE\GAS TELEFONO:

1. Contattare immediatamente i gestori delle utenze ai numeri indicati nel modulo NUMERI TELEFONICI EMERGENZE affisso in bacheca per segnalare il disservizio e per conoscere i tempi del ripristino della fornitura.
2. Talora l'emergenza si dovesse risolvere nel tempo massimo (16 ore), il Responsabile del programma avvierà e coordinerà le operazioni necessarie per mantenere costante la situazione di efficienza delle strutture (es. scorte usualmente presenti in struttura di acqua potabile (l'acqua in bottiglia che viene abitualmente distribuita) o istituzione da parte del Comune di Lariano di strutture adibite alla fornitura di acqua potabile già esistenti nel Comune di Lariano.
3. Talora l'emergenza, Idrica, Gas e Luce, dovesse protrarsi oltre le 16 ore, andrà comunque avvisato il Direttore Sanitario che insieme al Responsabile della Struttura valuterà caso per caso concordando con i familiari dei pz. e con i referenti dei Servizi invianti l'opportunità di

S.R.S.R.	COL.NAV.SRL Società di Gestione	Codice		
	PROCEDURA OPERATIVA	ALLEGATA ALLA PRO 8.1 - 0		
VILLA NOVA	ANALISI GESTIONE DISSERVIZI	Rev.	Data	Pagina
		0	30/04/18	5 di 5

farli rientrare temporaneamente presso il loro domicilio o di trasferirli temporaneamente presso una vicina struttura ricettiva.

Per qualsiasi emergenza si fa riferimento al Numero Unico delle Emergenze: **112**

RESPONSABILE PROGRAMMA: Dr. **COLINI ADRIANO** TEL. **338/8691116**



S.R.S.R. VILLA NOVA

**PROCEDURA OPERATIVA ANALISI SEGNA-
LAZIONI E RECLAMI DI PERSONALE, OSPI-
TI E CAREGIVERS**

**ALLEGATA ALLA
PRO 8.1**

**Rev. 00
30/04/2018**

PROCEDURA ANALISI SEGNALAZIONI E RECLAMI DI PERSONALE, OSPITI E CAREGIVERS

SCOPO

Lo scopo della presente procedura è quello di definire le modalità di analisi delle segnalazioni di reclami o suggerimenti da parte di dipendenti, ospiti, familiari/caregivers.

CAMPO DI APPLICAZIONE

La seguente procedura si applica alla struttura S.R.S.R. “VILLA NOVA”.

MODALITÀ OPERATIVE

La direzione della S.R.S.R. “VILLA NOVA” mette a disposizione del personale, degli ospiti e dei familiari/caregivers una scheda suggerimenti/reclami (**MOD 8.1 11a e 11b**) e una cassetta reclami, entrambi reperibili nel salone comune della struttura.

La scheda reclami può essere firmata o compilata in forma anonima, e inserita all'interno della cassetta in qualunque momento. Quest'ultima verrà visionata ogni due settimane dal RGQ della struttura, in modo da garantire l'anonimato, e discussa nel corso della prima riunione utile del board. Eventuali azioni correttive, ove richieste, verranno programmate secondo i termini stabiliti nelle **PRO 8.1** per i casi di Non Conformità.

Ogni reclamo verrà registrato nell'apposito **REGISTRO RECLAMI**, al quale verrà allegata la scheda.



1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura disciplina la gestione del sistema di “Governo Clinico” attraverso il quale la struttura S.R.S.R. VILLA NOVA si rende responsabile del miglioramento continuo della qualità dei suoi servizi e garantisce elevati parametri assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l’eccellenza clinica partendo dall’analisi del possibile errore umano.

Errore umano che viene affrontato mediante un approccio di sistema che parte dal presupposto che sono molteplici i fattori che concorrono al suo verificarsi. Questi possono essere raggruppati nelle seguenti classi:

1. Fattori strutturali-tecnologici (caratteristiche della struttura e dell’impiantistica, sicurezza e logistica degli ambienti, apparecchiature e strumentazioni, ecc)
2. Fattori organizzativi-gestionali e condizioni di lavoro (struttura organizzativa, politica e gestione delle risorse umane, sistema di comunicazione organizzativa, coinvolgimento degli stakeholder, aspetti ergonomici, politiche per la promozione della sicurezza del paziente)
3. Fattori umani, individuali e di equipe
4. Fattori esterni

Sono stati pertanto definiti i principi di prevenzione e controllo del rischio clinico, le modalità di attuazione del sistema di monitoraggio degli eventi avversi e la gestione dell’eventuale contenzioso del sinistro. Tale sistema, oltre ad avere una precisa finalità informativa onde perseguire lo scopo del continuo miglioramento (efficacia ed efficienza) nei processi assistenziali, ha lo scopo di prevenire potenziali azioni legali di rivalsa minacciate o messe in atto dall’utenza che reputa di essere vittima di un evento avverso o di una colpa professionale. La redazione della presente procedura ha tenuto conto dei principi di redazione e controllo, definiti dalla normativa vigente in materia.

2 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

L’inosservanza dei principi contenuti nella presente procedura può comportare l’applicazione delle misure sanzionatorie regolate dal sistema disciplinare aziendale, adottato ai sensi del D. Lgs. n. 231/2001, sulla base delle specifiche modalità ivi previste. Evidentemente, essendo preminente l’interesse a che gli eventi sentinella siano evidenziati dagli Operatori Sanitari è ammessa la segnalazione anonima, atta a favorire la spontaneità della stessa, ovvero la non adozione di provvedimenti disciplinari.

3 RESPONSABILITA’

La responsabilità dell’applicazione della presente procedura è dei componenti del board aziendale, ovvero:

- l’Amministratore;
- il Direttore Sanitario;
- lo Psicologo;
- il Terapista;
- la Direzione Amministrativa;



In particolare, la Direzione Sanitaria, ha pieni poteri operativi di gestione delle attività di raccolta e valutazione dell'evento occorso, finalizzate all'adozione delle azioni correttive. Il Direttore Sanitario della S.R.S.R. VILLA NOVA

1. deve partecipare
 - alla preparazione ed esecuzione degli audit clinici
 - all'allestimento della mappa dei rischi
 - all'allestimento delle strategie di mitigazione dei rischi
2. deve svolgere funzioni di consulenza
 - in tema di gestione dei documenti (cartella clinica, incident reporting)
 - in tema di tutela della riservatezza dei dati personali e sensibili
 - in tema di qualità e appropriatezza delle prestazioni
3. deve farsi carico di piani formativi
 - in tema di informazione e consenso
 - in tema di colpa professionale
 - in tema di nesso di causalità, con applicazione nei vari ambiti penalistici (colpa professionale, infortunistica, malattie professionali ecc.),

4 DEFINIZIONI

Con il termine Rischio Clinico si definisce “la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, subisca cioè un danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure sanitarie prestate durante il periodo della degenza, che può causare: un prolungamento del periodo di degenza, la mancata guarigione, un peggioramento delle condizioni di salute o anche la morte”. Tale danno può verificarsi in seguito alla natura stessa del trattamento terapeutico (lesione iatrogenica), oppure in seguito ad un possibile errore.

L'errore umano è normalmente la prima causa di incidente o evento avverso in sanità ed è definito come il fallimento delle azioni pianificate per raggiungere il fine desiderato. Una delle distinzioni più importanti è quella tra errore attivo (o manifesto) ed errore (o condizione) latente.

Gli errori attivi sono le violazioni e gli atti non sicuri commessi dagli individui a diretto contatto con il paziente o con il sistema. Essi prendono una varietà di forme: sviste, dimenticanze, errori e violazioni procedurali. Hanno un impatto diretto e effetti avversi immediati.

Le condizioni latenti sono invece definite come una inevitabile patologia insita nel sistema. Si originano dalle decisioni dei redattori delle procedure e a livello di direzione della struttura, e non sono necessariamente il prodotto di cattive decisioni. Ad esempio, è difficile che le risorse siano distribuite equamente nei vari dipartimenti organizzativi: ma il modo in cui sono allocate ha conseguenze in termini di qualità, affidabilità e sicurezza per qualcuno in qualche punto all'interno del sistema.

Per **Gestione del Rischio Clinico** si intende un processo sistematico, comprendente la dimensione clinica che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti.

L' "evento" è un accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente.

L' "evento avverso" è un accadimento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere



prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile”. Esso può definirsi: “Azione non sicura” o una “omissione” con potenziali conseguenze negative sull’esito del processo di cura ovvero un comportamento che può essere giudicato inadeguato da “pari professionista” di riconosciuta esperienza e competenza, al momento in cui il fatto si verifica, indipendentemente se ci siano state conseguenze negative per il paziente. Pertanto, l’errore può causare un evento avverso, cioè un evento indesiderabile che comporta un danno al paziente non dovuto alle sue condizioni cliniche, ma correlato al processo assistenziale.

L’ “evento evitato” è un errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

L’ “evento sentinella” è l’evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei familiari nei confronti della struttura. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell’organizzazione si renda opportuna una indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiamo contribuito e la implementazione delle adeguate misure correttive.

Per “errore” viene inteso il fallimento nella pianificazione e/o nell’esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell’obiettivo desiderato. Può essere distinto in:

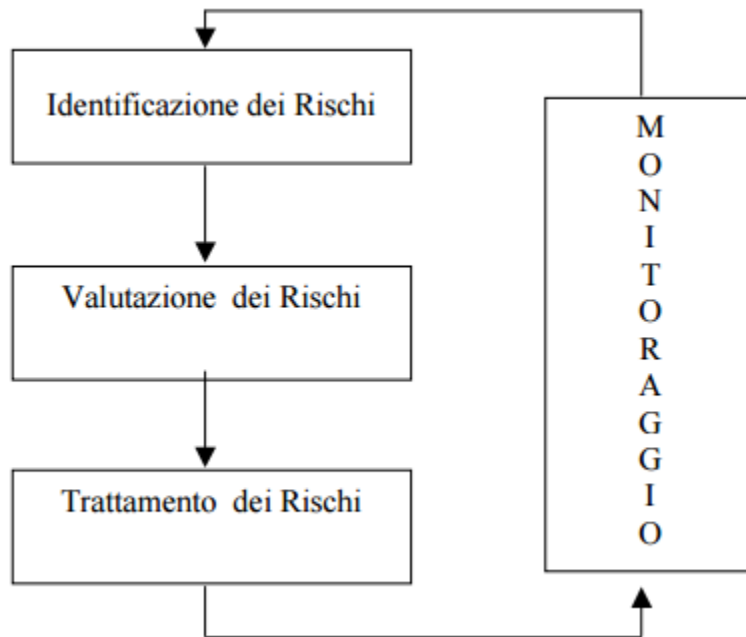
- **“errore (o insufficienza) attivo”**: ben identificabile, prossimo, in senso spazio-temporale, al verificarsi dell’evento avverso, spesso riconducibile ad un’azione sbagliata commessa da un operatore;
- **“errore (o insufficienza) latente”**: insufficienze organizzative-gestionali del sistema che hanno creato le condizioni favorevoli al verificarsi di un errore attivo.

Solo attraverso opportune analisi è possibile identificare le cause di errore, attive e latenti, e ridisegnare i processi al fine di ridurre la probabilità che lo stesso errore si ripeta.

5 DESCRIZIONE DELL’ATTIVITA’

La S.R.S.R. VILLA NOVA per garantire la sicurezza rivolta ai suoi ospiti, ha definito un modello organizzativo che prevede diversi fattori, tra i quali una chiara identificazione degli obiettivi da raggiungere e una precisa identificazione di responsabilità, compiti, risorse e competenze. La metodologia per la gestione del rischio applicata si articola in un processo che prevede le seguenti fasi:

1. Identificazione dei rischi e analisi;
2. Trattamento, Rimozione e minimizzazione delle cause;
3. Monitoraggio continuo degli eventi e dei processi favorevoli gli stessi (il monitoraggio è trasversale a tutte le fasi).



Per identificare le cause che maggiormente hanno contribuito al verificarsi di un errore, vengono monitorati ed indagati gli eventi avversi, gli eventi sentinella ed i quasi errori (near misses). Lo scopo è quello di individuare le insufficienze nel sistema che possono contribuire allo scatenarsi di un evento avverso, e di identificare, nonché progettare, le idonee misure protettive. Per individuare le falle del sistema vengono seguiti due diversi approcci che non si escludono a vicenda:

Approccio reattivo: l'analisi in questo caso parte da un evento avverso e viene fatta una ricostruzione sequenziale degli avvenimenti che lo hanno caratterizzato. Questa analisi ha lo scopo di identificare i fattori che lo hanno causato o che hanno contribuito al suo verificarsi. Le fonti informative e gli strumenti operativi maggiormente utilizzati dall'analisi reattiva sono: l'audit clinico e la revisione della documentazione clinica. Una volta identificato un rischio questo viene analizzato al fine di attuare azioni correttive e/o di miglioramento.

Approccio pro-attivo: viene effettuata una revisione delle procedure e dei protocolli esistenti, identificando i punti di criticità e realizzando delle barriere protettive che impediscano l'errore umano (attivo). E' un'analisi di tipo qualitativo intesa ad identificare quello che potrebbe succedere.

Di seguito sono riportati per ogni fase del processo di Governo Clinico gli strumenti principali e gli output attesi:



FASE DEL PROCESSO	STRUMENTI	OUTPUT ATTESI
Identificazione dei rischi e analisi	Segnalazione spontanea degli eventi, gestione dei reclami, audit clinici, revisione delle cartelle etc.	Profilo qualitativo di rischio Criticità specifiche
	Piani di trattamento dei rischi	Priorità di intervento
Trattamento	Azioni di trattamento (Revisione processi, procedure, formazione, introduzione tecnologie cambiamenti organizzativi ecc.)	Riduzione, Accettazione, Eliminazione
Monitoraggio	Revisione cartelle	Valutazione dell'andamento

1. Identificazione dei rischi e analisi

E' il processo mediante il quale si identificano situazioni, comportamenti e procedure, che possono portare a una "Loss" (perdita). Le fonti sono numerose, tra queste ci sono:

- la sicurezza degli ambienti;
- i percorsi per il controllo delle infezioni;
- i programmi di miglioramento della qualità e le procedure di accreditamento;
- la sorveglianza del grado di soddisfazione e dei reclami dei dipendenti e degli utenti;
- gli eventi avversi: casistica inerente la colpa professionale, infortuni sul lavoro, infortuni degli utenti e dei visitatori, risarcimento del danno ecc.;

L'approccio si basa sul presupposto che ogni errore è la conseguenza di problemi che lo precedono e che tali problemi potrebbero rendersi manifesti ancor prima che si realizzi l'evento avverso. Certe evenienze possono lasciar trasparire rischi non adeguatamente controllati, che potrebbero concretizzarsi in ulteriori eventi avversi, a volte anche più gravi e/o frequenti.

Gli strumenti utilizzati per l'individuazione dei rischi sono:

a. Segnalazione dell'evento

La segnalazione interessa:

- gli "*adverse events*": eventi avversi di qualsiasi natura e gravità, che causano la morte, una malattia, una menomazione, una disabilità, o anche solo una sofferenza transitoria (ad esempio, una reazione anafilattica);
- i "*no harm events*": eventi che, pur espressione di un possibile errore o criticità, non ha comportato danni al paziente;
- i "*near misses*": incidenti potenziali, che non si verificano per mera casualità (ad esempio, la rilevazione di un errore di prescrizione di un farmaco, prima che sia somministrato al paziente). I "near miss" sono una fonte preziosa per evidenziare le criticità dell'apparato organizzativo. Sono un'opportunità per attuare strategie di prevenzione degli eventi avversi. Per tale motivo, vanno accuratamente esaminati, alla stregua degli eventi avversi.



Lo scopo è di disporre di informazioni sulla natura degli eventi e sulle relative cause per poter apprendere ed intervenire con le appropriate misure preventive e, più in generale, per diffondere le conoscenze e favorire la ricerca specifica nelle aree a maggior criticità.

All'interno della struttura il sistema di segnalazione avviene attraverso la compilazione del modulo di Non Conformità (**MOD 8.1 03**) da parte del soggetto che ha assistito all'evento. Lo scopo della compilazione di tale modulo non è tanto quella di riconoscere il colpevole ma quanto l'identificazione dei problemi per favorire l'applicazione di misure atte a prevenire e ridurre la probabilità di un riaccadimento.

b. Eventi sentinella

Gli eventi sentinella, esprimendo criticità di sistema di notevole rilievo, devono essere notificati entro 24 ore e mediante la compilazione del **MOD 8.1 03**, al quale va allegato il **MOD E.S.M.** (vedi **PROCEDURA GESTIONE EVENTI AVVERSI**).

c. Audit Clinici

Il Direttore Sanitario ha la responsabilità di indire riunioni con cadenza semestrale alla quale sono invitati i membri dello staff al completo. Scopo dell'audit è assicurare una cultura ed un approccio condiviso alla sicurezza dell'ospite in cui la stessa viene vista come una priorità. Durante tali audit si procede a:

- Analisi delle plausibili situazioni di rischio, delle non conformità registrate, dei reclami, ecc.;
- Analisi degli eventi avversi o degli eventi sentinella avvenuti nel corso del semestre passato (sia analisi con approccio proattivo che reattivo);
- Confronto, con discussione colloquiale, ma strutturata e condotta dal Direttore Sanitario, da cui sortisca un verbale in cui siano considerati:
 - Lista dei problemi di sicurezza analizzati (rilevazione dei problemi ed in caso di assenza si può far riferimento a situazioni specifiche potenziali tipiche della tipologia di prestazioni erogate dalla struttura);
 - Eventuali provvedimenti adottati sia di tipo organizzativo, igienico sanitario ma anche, se presenti, disciplinari/contrattuali;
 - Motivazioni ed obiettivi di partecipazione in cui il singolo venga chiamato a far parte di un sistema di prevenzione posto a salvaguardia della singola prestazione d'opera.

Il verbale (con i rilievi, le osservazioni e le eventuali azioni correttive) viene poi trasmesso a tutti i membri del board per il prosieguo dell'attività di governo clinico. Il Direttore Sanitario deve condurre la riunione tenendo presente:

- 1) richiamare la finalità della riunione: raccogliere informazioni utili a prevenire le circostanze che possano indurre un evento avverso;
- 2) assicurare la riservatezza della fonte delle informazioni;
- 3) informare che le domande poste nel corso della riunione saranno aperte perché l'importante è raccogliere opinioni di chi opera sul campo.

d. Informazione e consenso

Costituisce uno dei cardini della gestione del rischio clinico, assumendo importanza sia per l'acquisizione di un consenso giuridicamente valido, attraverso un'informazione corretta ed



esaustiva, sia come fondamentale processo di comunicazione tra il professionista e l'ospite (o i suoi tutori) finalizzato a ottenere la totale partecipazione dell'ospite nella scelta delle cure a lui assegnate.

e. Cartella clinica

Altri strumenti utilizzati, per aumentare la conoscenza degli “eventi indesiderati”, sono la verifica retrospettiva dell'attività clinica attraverso la revisione delle cartelle cliniche per l'identificazione di “eventi avversi” e la successiva valutazione rispetto alla loro prevenibilità. Infatti attraverso la loro revisione è possibile verificare la loro completezza, compilazione e precisione circa le annotazioni cliniche, operative e di pratica infermieristica individuando possibili discrasie latenti o verificandone la corretta applicazione. Il processo di revisione delle cartelle viene anche usato per monitorare i progressi nella prevenzione degli eventi avversi quando, ad esempio, si introducono pratiche più sicure: attraverso la revisione si valuta il livello di adozione delle stesse.

f. Coinvolgimento nell'analisi della qualità

Il coinvolgimento nell'analisi della qualità è un metodo di valutazione della qualità dei servizi con l'auspicio che possa favorire il processo di apertura e di trasparenza della struttura e riguarda essenzialmente la qualità percepita prendendo in esame tre aspetti principali:

- **la qualità tecnica:** attrezzature, aggiornamento del personale, continuità della prestazione, assistenza sanitaria, organizzazione del lavoro con esclusione di ciò che attiene alle risorse economiche e all'adeguatezza dell'assistenza rispetto ai protocolli diagnostici.
- **il comfort:** dalle prestazioni alberghiere, all'igiene, alla qualità del cibo.
- **i rapporti interpersonali:** come quelli tra medico e paziente e tra operatore e paziente, nonché i rapporti con l'Amministrazione, la disponibilità e la circolazione delle informazioni e così via.

Il coinvolgimento nell'analisi della qualità oltre ad essere una tecnica di valutazione è allo stesso tempo, una procedura di miglioramento della qualità che si contraddistingue per l'efficace sintesi tra tecnicità e carattere partecipativo di utenti e familiari. Essa incentra, in particolare, la sua attenzione sulla qualità del servizio all'utente, sia nella sua globalità, sia nei suoi specifici aspetti, distinguendosi dai cosiddetti approcci di qualità percepita, che rappresentano solo un aspetto secondario della sua analisi.

2. Trattamento dei rischi

Sulla scorta dell'analisi delle informazioni raccolte dalle diverse analisi, ma anche dei sistemi di rilevazione richiamati (modulo eventi avversi, modulo eventi sentinella, reclami, ecc.) il board si riunisce e per determinate le misure di prevenzione e/o correttive da attuare. In seguito verrà effettuata una ulteriore riunione con l'intera equipe per informare tutto lo staff delle decisioni prese in merito.

3. Monitoraggio

La S.R.S.R. VILLA NOVA si riserva, di provvedere, in via diretta, d'intesa con il Direttore Sanitario di riferimento, a tre sistemi di monitoraggio:



- a) Revisione di cartelle cliniche, con lo scopo di verificare la loro completezza, compilazione e precisione di annotazioni cliniche, operative, di consenso informato consapevole, e di pratica infermieristica. La selezione delle cartelle cliniche da sottoporre a revisione può essere focalizzata su un tipo specifico di evento relativo ai punti critici del processo assistenziale, ovvero, con lo scopo di verificare, una casistica clinica che possa far individuare plausibili discrasie latenti legate alla gestione del singolo caso clinico o della patologia ricorrente.
- b) Osservazione dei trattamenti terapeutici, con lo scopo di verificare le somministrazioni dei farmaci in relazione alla prescrizione sia con la finalità di rilevare errori o reazioni avverse, ma, anche, per il continuo miglioramento degli aspetti gestionali propri del processo assistenziale;
- c) Analisi delle eventuali non conformità in materia di prevenzione e protezione (sicurezza dai rischi sul lavoro), di igiene (piano di igiene e norme sanitarie), di relazioni con gli ospiti ed i familiari (indici di gradimento, reclami).

Dalle risultanze del monitoraggio effettuato, la struttura individua le eventuali azioni che prevengono o riducono la probabilità che lo stesso evento si ripeta. La prima attenzione è sulla rimozione delle cause che hanno determinato l'evento, se non vi sono azioni da applicare per eliminare la causa, si definiranno le procedure più appropriate per ridurre la possibilità di accadimento. La struttura provvede, inoltre, all'organizzazione di corsi di formazione ed informazione con lo scopo di implementare un sistema inteso come completamento della analisi strutturata e sistematica del Rischio Clinico da applicare agli operatori sanitari, medici e non medici, attraverso il confronto sistematico dell'assistenza prestata con criteri espliciti, per identificare scostamenti rispetto a parametri conosciuti o di buona pratica.

**6 PRINCIPALI CATEGORIE DI RISCHIO PRESENTI IN STRUTTURA E MISURE DI PREVENZIONE**

CATEGORIE DI RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	RESPONSABILE ATTUAZIONE MISURE PREVENIVE	METODO DI MONITORAGGIO
INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	-GLI OGGETTI DESTINATI AL CONTATTO INTIMO (LAMETTE DA BARBA, FORBICI, BICCHIERI, ECC.) DEL PAZIENTE DOVRANNO ESSERE CONSERVATI SEPARATAMENTE E NON DOVRANNO IN NESSUN CASO ESSERE CONDIVISI CON ALTRI OSPITI; -QUANDO VERRANNO MANIPOLATI DAL PERSONALE, ESSO DOVRÀ PROTEGGERSI CON GLI APPOSITI STRUMENTI DI SICUREZZA; -IL PAZIENTE NON POTRÀ IN NESSUN CASO MANIPOLARE CIBI.	BOARD E STAFF OPERANTE ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA	RIUNIONE DEL BOARD A CADENZA SEMESTRALE PER MONITORARE L'ANDAMENTO DELL'APPLICAZIONE ED IL FUNZIONAMENTO DELLE MISURE DI PREVENZIONE. IN CASO DI MAL FUNZIONAMENTO DI UNA DI ESSE VERRANNO DECISE IN SEDE DI RIUNIONE LE MISURE CORRETTIVE E/O DI MIGLIORAMENTO DA ATTUARE
CADUTA DI UN OSPITE	-I LUOGHI DI DEGENZA VENGONO GARANTITI PRIVI DI INGOMBRI E/O OSTACOLI -LE SCALE PRESENTANO LA BANDA ANTISCIVOLO ED UN IDONEO CORRIMANO	AMMINISTRATORE DELLA STRUTTURA	
INTOSSICAZIONE DA FARMACI	-LA TERAPIA FARMACOLOGICA VERRÀ SOMMINISTRATA ESCLUSIVAMENTE DA PERSONALE ESPERTO E QUALIFICATO ED IN COMUNE ACCORDO CON IL DIRETTORE SANITARIO	DIRETTORE SANITARIO ED INFERMIERE	
ATTI AGGRESSIVI	-IL PERSONALE OPERANTE SUPERVISORIA COSTANTEMENTE L'ATTIVITÀ DEGLI OSPITI, I RAPPORTI CHE INTERCORRONO TRA DI ESSI ED GLI EVENTUALI ALLONTAMENTI DALLA STRUTTURA	BOARD E STAFF OPERANTE ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA	
ATTI AUTOLESIVI			
SUICIDIO			
FUGHE			



S.R.S.R VILLA NOVA

PIANO DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO


Rev. 00
30/04/2018

Pagina 10 di 10

7 FORMAZIONE, INFORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE SULLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Tutto il personale operante in struttura è qualificato ed idoneo alla gestione del rischio clinico, nonostante questo la struttura si impegna ad organizzare attività periodiche di formazione, informazione ed aggiornamento del personale operante tramite riunioni formative periodiche dirette dal Direttore Sanitario in carica il quale provvederà a formare tutta l'equipe circa nuove modalità di gestione del rischio clinico (eventi avversi, eventi sentinella, ecc.). In caso di nuove assunzioni sarà organizzata un'attività formativa straordinaria per i soggetti neo-assunti che prevederà la loro formazione ed informazione sulla gestione del rischio clinico all'interno della struttura S.R.S.R. VILLA NOVA da parte del Direttore Sanitario.

La società inoltre favorisce e promuove attività di aggiornamento all'esterno della struttura per tutto il personale operante.

 S.R.S.R. VILLA NOVA	PROCEDURA APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA	PRO 8.1
		Rev. 00 30/04/2018

<i>Attività</i>	<i>Funzione</i>	<i>Nome e Cognome</i>	<i>Firma</i>
Redazione e Verifica	RGQ	COLINI ADRIANO	
Approvazione	AD	COLINI ADRIANO	

1 SCOPO

Scopo di questa procedura è fornire alle funzioni aziendali interessate le indicazioni e gli strumenti necessari per attuare e mantenere attivo il processo d'implementazione e conseguente miglioramento sistematico e continuo del Sistema di Gestione della COL.NAV.SRL – S.R.S.R. VILLA NOVA e dell'efficacia dei servizi da essa erogati.

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica agli strumenti di miglioramento e a tutte le fasi dei processi di supporto quali:

- il monitoraggio della Soddisfazione dei Pazienti; (§ 7.1)
- la gestione delle Verifiche Ispettive; (§ 7.2)
- la gestione di Reclami, Non Conformità e AC/AP; (§ 7.3)
- la costante promozione della sicurezza e gestione dei rischi. (§ 7.4)

3 RIFERIMENTI


Norma UNI EN ISO 9001:2015
Decreto Legislativo n. 81 del 09 Aprile 2008
Regolamento CE 852/2004
Regolamento Europeo GDPR 2016/679
Decreto Legislativo 196/03

4 TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

Per le sigle e gli acronimi utilizzati nella presente procedura vedi Manuale Qualità (sezione "Termini e Definizioni").

5 ALLEGATI

MOD 8.1 01 Questionario di gradimento del paziente
MOD 8.1 02 Questionario di gradimento dei familiari
MOD 8.1 03 Non Conformità/Osservazione e Azione
MOD 8.1 04 Questionario di gradimento del personale
MOD 8.1 05 Programma triennale Verifiche Ispettive
MOD 8.1 06 Piano di Verifica Ispettiva Interna
MOD 8.1 08 Rapporto Verifica Ispettiva
MOD 8.1 10 Materiale Bloccato
MOD 8.1 11a Scheda Reclamo Paziente/Familiare
MOD 8.1 11b Scheda Reclamo Personale

 S.R.S.R. VILLA NOVA	PROCEDURA APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA	PRO 8.1
		Rev. 00 30/04/2018

6 MODALITÀ ESECUTIVE

6.1 Soddisfazione dei Pazienti

Per verificare in modo standardizzato la soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari, il RGQ sottopone loro i **MOD 8.1 01** e **MOD 8.1 02**, con cadenza semestrale a partire dal secondo trimestre dopo l'inserimento.

Durante tutto l'anno, il board recepisce la condizione di soddisfazione dei pazienti anche attraverso gli incontri e/o le comunicazioni dirette, i counseling familiari (riportati nell'apposita sezione della cartella clinica), gli eventuali commenti positivi, suggerimenti o rimostranze verbali e la raccolta di eventuali reclami scritti (**MOD 8.1 11a**).

6.2 Verifiche Ispettive

1) Verifiche ispettive interne programmate: sono le verifiche interne prestabilite su pianificazione annuale dal board in modo da coprire tutte le aree di attività coinvolte nel SGQ e mirate, quindi, a verificare gli standard qualitativi della struttura, gli outcome degli aggiustamenti terapeutici e delle abilità guadagnate dagli ospiti, l'attuazione e l'efficacia delle misure preventive e protettive a tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, le misure adottate per garantire l'igiene dei luoghi di lavoro e l'igiene degli alimenti e i processi attuati nella gestione dei dati personali e particolari gestiti dalla struttura. Le verifiche interne mirano inoltre a verificare l'attuazione da parte di tutto il personale del regolamento interno (consegnato ed accettato da parte di tutto il personale) e discutere su eventuali modifiche o implementazioni allo stesso.

2) Verifiche ispettive interne non programmate: sono quelle non comprese nel piano annuale e che vengono effettuate a seguito di esigenze specifiche o contingenti (cambiamenti organizzativi, procedurali, infortuni sul lavoro, divulgazione/smarrimento di dati personali o particolari, ispezioni da parte di autorità competenti, ecc.).

In questo caso non è necessario rispettare i tempi di preavviso previsti per le verifiche interne programmate, mentre valgono tutte le altre modalità di preparazione, esecuzione e registrazione descritte nella presente procedura.


3) Verifiche ispettive esterne programmate: sono quelle svolte dall'Organismo di Certificazione, prestabilite su base annua in modo da coprire tutte le aree di attività coinvolte nel SGQ.

4) Verifiche ispettive esterne non programmate: sono quelle svolte senza preavviso o comunque straordinarie eseguite da altri Organi di ispezione, controllo o vigilanza (es: Ispettorato del Lavoro, A.S.L., VV.FF., INAIL, Ministero LL.PP., ecc...).

6.2.1 Programmazione delle Verifiche Ispettive Interne

Il RGQ programma sul **MOD 8.1 05** le verifiche ispettive di cui al punto 1) e 3) del paragrafo precedente e lo mantiene aggiornato con la registrazione degli altri eventuali audit effettuati (punto 2) e subiti (punto 4).

Il programma temporale per le V.I.I. deve essere tale da coprire nell'arco di 12 mesi tutti i processi aziendali almeno 1 volta e può comunque subire modifiche a seguito dei relativi esiti. RGQ, con almeno due giorni di anticipo sulla data di effettuazione della verifica programmata, comunica ai Responsabili delle aree/processi da ispezionare il piano della V.I.

 S.R.S.R. VILLA NOVA	PROCEDURA APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA	PRO 8.1
		Rev. 00 30/04/2018

con il dettaglio degli argomenti da trattare, utilizzando per gli audit interni il modulo **MOD 8.1 06** e per quelli esterni l'Audit Plan fornito dall'Organo di Controllo.

6.2.2 Scelta del Valutatore e dell'OdC

Le verifiche ispettive interne e su fornitori possono essere condotte da personale interno o esterno in possesso della specifica qualifica per la conduzione delle V.I. che non abbia responsabilità diretta o controllo sull'attività soggetta a verifica.

Esecuzione delle Verifiche Ispettive Interne

Lo scopo delle V.I. in oggetto è stabilire se il Sistema di Gestione attuato in azienda:

- a) è conforme a quanto pianificato;
- b) è conforme ai requisiti delle norme sulla qualità e delle normative vigenti in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, di igiene alimentare e degli ambienti di lavoro e di gestione e trattamento dei dati personali e particolari;
- c) è conforme ai requisiti del sistema stabiliti dall'Organizzazione stessa;
- d) è attuato, monitorato e mantenuto efficacemente.

Elementi risultanti non conformi devono essere riconosciuti come tali dal Valutatore e dal Responsabile del processo verificato ed essere oggetto di programmazione di interventi mirati atti a risolvere le NC indipendentemente dall'ambito di riferimento (Qualità, Sicurezza, Igiene Alimenti, Privacy).

6.2.3 Rapporto di Verifica Ispettiva Interna

Al termine della verifica ispettiva VAL su **MOD 8.1 08** riassume le risultanze e, in conclusione, riporta un giudizio complessivo sul processo oggetto di verifica.

6.2.4 Documentazione Verifiche Ispettive esterne


Tutta la documentazione derivante dalle Verifiche Ispettive, programmate e non, da parte di organi di controllo esterni e da questi eventualmente rilasciata (es: piani di verifica, verbali di contestazione o di ispezione, Rapporti di Non Conformità, raccomandazioni, note, rapporti di verifica, ecc.) deve essere opportunamente conservata ed archiviata da RGQ (vedi **PRO 4.1**).

6.3 Reclami, Rilievi e AC/AP

6.3.1 Generalità e applicabilità

La seguente procedura si applica alle NC riscontrate:

- su impianti, attrezzature e risorse utilizzati nella realizzazione del servizio offerto;
- sull'intera realizzazione del servizio;
- sul sistema di gestione qualità in sede di verifiche interne e/o esterne programmate e non;
- sul servizio per reclami pervenuti dai pazienti o da chi ne fa le veci;
- sull'attuazione di tutte le misure di prevenzione e protezione previste all'interno della Valutazione dei Rischi;
- sull'attuazione di tutte le procedure igienico-sanitarie previste dal piano di autocontrollo;
- sulla gestione e sul trattamento di tutti i dati personali e particolari di pazienti, consulenti esterni o fornitori con i quali la struttura entra in contatto.

 S.R.S.R. VILLA NOVA	PROCEDURA APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA	PRO 8.1
		Rev. 00 30/04/2018

In generale deve essere considerata Non Conformità un “disservizio” o “mancato soddisfacimento di un requisito”, in particolare:

- una *difformità* riscontrata nelle caratteristiche, della struttura, del servizio offerto o nei requisiti e prescrizioni previsti e specificati dalle normative vigenti;
- una *inadeguatezza* nelle caratteristiche della struttura, delle procedure gestionali o della loro applicazione, tale da rendere inefficace la realizzazione del servizio o una sua parte;
- una *manca* riscontrata nelle caratteristiche della struttura, del servizio offerto, rispetto ai requisiti e prescrizioni previsti e specificati dalle normative vigenti.

In generale deve intendersi per:

Trattamento/correzione una immediata riparazione, rilavorazione, aggiustamento di una Non Conformità o disservizio esistente.

Azione Correttiva un’attività o insieme di attività poste in atto per rimuovere le cause di una non conformità o disservizio verificatasi.

Azione Preventiva un’attività o insieme di attività poste in atto per rimuovere o mitigare possibili cause di non conformità o disservizi prima che queste si verifichino.

Per maggiori specifiche sul trattamento delle possibili NC o disservizi che si potrebbero riscontrare a livello della struttura S.R.S.R. “VILLA NOVA” si rimanda alla **PROCEDURA OPERATIVA ANALISI E GESTIONE DISSERVIZI**, mentre per il trattamento NC che riguardino il comportamento degli ospiti si rimanda anche alla **PROCEDURA OPERATIVA GESTIONE EVENTI AVVERSI**.

Per quanto concerne, infine, le segnalazioni e/o reclami da parte di ospiti, familiari o del personale della struttura, si può fare riferimento alla **PROCEDURA OPERATIVA ANALISI SEGNALAZIONI E/O RECLAMI**.


6.3.2 Classificazione dei rilievi

Le NC sono classificate in due categorie:

- NC minori;
- NC maggiori.

Una NC è classificata **minore** nei casi in cui non si ritiene pregiudicata in maniera determinante la qualità e/o l’efficacia di un processo/servizio. E’ generalmente generata da una difformità, inadeguatezza e/o mancanza significativa ma occasionale, singola o isolata. Nel caso in cui la NC minore riguardi un comportamento particolare da parte dell’ospite come ad esempio il tentativo di compiere un atto aggressivo nei confronti di qualcun altro, questa viene definita “Evento Sentinella” o “Near Miss” ovvero un evento che al momento dell’avvenimento non comporta una NC maggiore ma che potrebbe mutare in un evento critico senza l’imminente messa in opera di un’azione correttiva/preventiva. All’accadimento di tale Evento Sentinella l’operatore che assiste redige il **MOD 8.1 03** per le Non Conformità rilevate e lo trasmette al Direttore Sanitario; quest’ultimo lo comunicherà al RGQ il quale interverrà indicando una riunione straordinaria insieme agli altri componenti del board per pianificare ed attuare le azioni correttive/preventive idonee. Infine sarà premura del RdF comunicare l’accaduto ai familiari/tutori dell’ospite

Una NC è classificata **maggiore** nei casi in cui si ritiene pregiudicata in maniera determinante la sicurezza di ospiti e/o operatori o la qualità e/o l’efficacia di un processo. E’ generalmente dovuta al mancato soddisfacimento di un requisito che genera:

 S.R.S.R. VILLA NOVA	PROCEDURA APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA	PRO 8.1
		Rev. 00 30/04/2018

- sostanziali evidenze di incapacità del SGQ di gestire un processo conformemente ai requisiti specificati
- un reclamo fondato per grave inadempimento/irregolarità o ritardo
- totale assenza di documentazione e/o applicazione di uno o più dei requisiti delle normative vigenti o delle procedure di riferimento
- una problematica con un ospite della struttura (atti aggressivi, caduta di un ospite, fughe, ecc...)
- una non conformità minore che persiste nel tempo o si ripete di frequente.

In sede di ispezione, verifica, monitoraggio, controllo, ecc. si possono rilevare **osservazioni**, (vedasi anche raccomandazioni, suggerimenti, spunti per il miglioramento) vale a dire casi di scarsa chiarezza o mancato soddisfacimento di requisiti minori che generano dubbi circa la capacità di un processo di fornire un servizio conforme (es.: difformità, inadeguatezze e/o mancanze di tipo formale/documentale o di tipo operativo, situazioni che meritano maggior attenzione in quanto potrebbero degenerare o causare una potenziale non conformità, potenziali aree di miglioramento).

6.3.3 Gestione dei rilievi


L'operatore dell'area in cui si rileva la NC identifica, se possibile l'oggetto del rilievo (ad es. con opportuno cartellino se si tratta di un materiale non conforme) (**MOD 8.1 10**); compila la prima parte del **MOD 8.1 03** e provvede alla sua trasmissione al Responsabile di Funzione (Es: il Direttore Sanitario nel caso di una NC che riguardi un aspetto sanitario-riabilitativo), allegando ogni eventuale documento, anche in copia, utile alla valutazione del problema e all'analisi delle cause (es: Questionari di gradimento per problemi denunciati dal paziente o da chi ne fa le veci).

L'analisi delle cause e la definizione del trattamento vengono individuati dal RdF in coordinato con il board.

In ogni caso il RGQ si riserva la valutazione della fondatezza del problema, del grado da attribuire alla NC e della eventuale necessità di attivare un'azione risolutiva.

Al verificarsi di tale esigenza:

- in caso di NC maggiore il RdF in coordinamento con il board dovrà:
 - intraprendere un'opportuna **azione correttiva entro 10 giorni**
 - **chiudere la NC/OSS entro 60 giorni**
 - far verificare, appena possibile e congruo, l'efficacia della soluzione.
- in caso di NC minore il RdF in coordinamento con il board dovrà:
 - intraprendere un'opportuna **azione correttiva o trattamento** (quest'ultimo, solo in caso di problematiche di scarso rilievo) **entro 30 giorni**
 - **chiudere la NC/OSS entro 90 giorni**
 - far verificare, appena possibile e congruo, l'efficacia della soluzione.
- in caso di Osservazione il RdF in coordinamento con il board dovrà:
 - intraprendere un'opportuna **azione preventiva entro 120 giorni**
 - far verificare, appena possibile e congruo, l'efficacia della soluzione.
- in caso di Evento Sentinella o Near Miss il RdF in coordinamento con il board dovrà:
 - intraprendere un'opportuna **azione nelle tempistiche stabilite in sede di riunione del board**
 - far verificare, appena possibile e congruo, l'efficacia della soluzione.

 S.R.S.R. VILLA NOVA	PROCEDURA APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA	PRO 8.1
		Rev. 00 30/04/2018

Nel caso la NC riguardi un aspetto clinico di uno o più ospiti lo specialista responsabile dovrà inoltre adempiere agli obblighi e vincoli deontologici della categoria professionale per la comunicazione previsto dalla normativa nazionale.

Nel caso di Non Conformità/Osservazioni emerse in sede di Reclamo o Verifiche Ispettive esterne, riguardo alla tempistica e/o modalità di attuazione delle opportune azioni valgono ovviamente, se esistenti, le regole stabilite dall'ente che le ha emesse.

Nel caso di un totale o parziale esito negativo in fase di verifica di efficacia dell'azione dovrà essere aperta una nuova NC.

6.4 Costante promozione della sicurezza e gestione dei rischi

Il board individua e gestisce costantemente tutte le aree ed i processi che comportano un maggiore rischio per gli operatori e per gli ospiti. In particolare:

- la corretta identificazione del paziente all'accettazione (**vedi PRO 7.2**)
- la gestione e cura dei pazienti ad alto rischio con compilazione del **MOD E.S.M.** in caso di anomalie e con l'archiviazione di tutti i trattamenti terapeutici effettuati durante il percorso riabilitativo dell'ospite, all'interno dell'archivio terapie
- gestione situazioni di emergenza con eventuale trasferimento presso idonea struttura
- verifica periodica degli standard in materia di salute e sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro, igiene alimentare e privacy
- riesami retrospettivi con cadenza **annuale** da parte del board per periodiche rivalutazioni e supervisioni di eventuali eventi avversi avvenuti all'interno ed all'esterno della struttura (es: NC maggiori, NC minori, Eventi Sentinella, ecc...) (**ALL 5.6**)

 S.R.S.R. VILLA NOVA	PROCEDURA OPERATIVA GESTIONE EVENTI AVVERSI	ALLEGATA ALLE PRO 8.1
		Rev. 00 30/04/2018

<i>Attività</i>	<i>Funzione</i>	<i>Nome e Cognome</i>	<i>Firma</i>
Redazione e Verifica	RGQ	ADRIANO COLINI	
Approvazione	AD	ADRIANO COLINI	

1 SCOPO

Con l'attuazione della presente procedura la S.R.S.R. VILLA NOVA, in ossequio delle normative vigenti e alle linee guida del Ministero della Salute, favorisce l'erogazione agli ospiti servizi sanitario aventi uno standard qualitativo sempre più elevato e definisce il protocollo operativo da attuare in caso di avvenimento di eventi avversi.

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura verrà adottata in presenza di eventi che provochino un danno all'ospite non intenzionale e indesiderabile. Eventi avversi di particolare gravità potenzialmente evitabili e che possono comportare la morte o un grave danno all'ospite vengono definiti "Eventi Sentinella".

3 RESPONSABILITA'

La responsabilità dell'applicazione della presente procedura è delle seguenti figure presenti in struttura:

- l'Amministratore;
- il Direttore Sanitario;
- lo Psicologo;
- il Terapista della Riabilitazione;
- la Direzione Amministrativa;
- gli Operatori

4 DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

Al verificarsi di un evento avverso la figura presente al momento dell'evento si preoccuperà di avvisare il Direttore Sanitario o in alternativa qualche altro membro del board per informarlo di quanto accaduto. Inoltre compilerà la prima parte del **MOD 8.1 03 (Non Conformità/Osservazione e Azione)** e il **MOD E.S.M.**, indicando nella maniera più dettagliata possibile la dinamica dell'evento, firmando il modulo nella sezione in fondo alla pagina e consegnandolo a mano o via email al Direttore Sanitario o a qualche altro membro del board.

In seguito alla segnalazione di un evento il board si riunisce in seduta straordinaria per verificare se questo può o no essere considerato un Evento Sentinella; nel caso in cui il board attesti che quanto accaduto corrisponde ai parametri di un Evento Sentinella compila in ogni sua parte il **MODULO DI SEGNALAZIONE EVENTI SENTINELLA** e si attiva mediante verbale della direzione:

- Prendersi carico del paziente al fine di attuare tutte le misure necessarie per mitigare il danno subito;
- Comunicare tempestivamente ai familiari dell'ospite quanto accaduto;

 S.R.S.R. VILLA NOVA	PROCEDURA OPERATIVA GESTIONE EVENTI AVVERSI	ALLEGATA ALLE PRO 8.1
		Rev. 00 30/04/2018

- Comunicare quanto accaduto, ove necessario, alle autorità competenti.

5 COMUNICAZIONE DELL'EVENTO AVVERSO

Al verificarsi di un evento avverso il board durante la riunione straordinaria pianificherà anche la data e le modalità di comunicazione di quanto accaduto ai familiari dell'utente coinvolto. Durante l'incontro saranno presenti tutti i membri del board ed in aggiunta anche l'eventuale operatore presente al momento dell'accaduto. Una volta espresso il rincrescimento da parte della struttura per l'evento avvenuto il board provvederà a:

- Descrivere i fatti con chiarezza e senza ambiguità evitando di utilizzare un lessico troppo specifico
- Non attribuire colpe o responsabilità
- Fornire informazioni sull'eventuale iter riabilitativo da attuare assicurando che verrà effettuato tutto il possibile per mitigare e limitare le conseguenze causate dall'evento avverso
- Fornire informazioni circa l'analisi della documentazione clinica in suo possesso
- Fornire il nome ed il numero di un referente
- Rispondere alle eventuali domande, anche quelle relative agli eventuali risarcimenti
- Acquisire il consenso informato per procedere all'iter riabilitativo da attuare
- Informare circa l'esecuzione di una verifica interna alla struttura per definire colpe o responsabilità
- Programmare un successivo incontro per monitorare l'andamento delle azioni intraprese

In seguito alla comunicazione con i familiari dell'utente coinvolto nell'evento avverso il board si preoccuperà anche di comunicare con l'operatore coinvolto, al fine di:

- Valutare le condizioni psicologiche dell'operatore
- Fornire un adeguato sostegno psicologico e relazionale
- Raccogliere le sue testimonianze
- Ascoltare le richieste dell'operatore, soprattutto se finalizzate all'evitare il riaccadimento di tale evento
- Offrire all'operatore un sostegno professionale offrendo se necessario un periodo di training e re-training

6 RISOLUZIONE DEL CONTENZIOSO

In caso di evento avverso il board avvierà un'istruttoria interna tesa all'acquisizione di tutta la documentazione inerente ed utile alla ricostruzione dell'evento, compresa la cartella clinica e gli eventuali esami a cui l'utente è stato sottoposto. Successivamente il board inviterà la parte lesa a rivolgersi ad un medico-legale di fiducia il quale redigerà una relazione sui danni subiti dall'utente

 S.R.S.R. VILLA NOVA	PROCEDURA OPERATIVA GESTIONE EVENTI AVVERSI	ALLEGATA ALLE PRO 8.1
		Rev. 00 30/04/2018

e la consegnerà in copia al board. Una volta consultata anche la relazione il board valuterà un giudizio conclusivo dell'evento individuando l'eventuale risarcimento per l'utente.

 S.R.S.R. VILLA NOVA	PROCEDURA TRASPORTO OSPITI PRESSO STRUTTURE OSPEDALIERE	
		REV. 00 DATA: 30/04/20108

<i>Attività</i>	<i>Funzione</i>	<i>Nome e Cognome</i>	<i>Firma</i>
Redazione e Verifica	RGQ	COLINI ADRIANO	
Approvazione	AD	COLINI ADRIANO	

1 SCOPO

Scopo di questa procedura è fornire agli operatori addetti all'assistenza socio-sanitaria degli ospiti della struttura S.R.S.R. VILLA NOVA le indicazioni necessarie per affrontare eventuali emergenze sanitarie che dovessero verificarsi all'interno della struttura e che non siano gestibili in loco.

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica a tutte le tipologie di emergenze sanitarie non trattabili direttamente presso la struttura ma che necessitano di un trattamento specifico da parte di una struttura sanitaria.

3 MODALITA' OPERATIVE DI TRASPORTO OSPITI PRESSO LA STRUTTURA OSPEDALIERA DI RIFERIMENTO

In caso di emergenze di natura sanitaria non gestibili all'interno della struttura VILLA NOVA, il personale presente al momento provvederà ad attuare la presente procedura allertando il servizio del 118 per il trasporto in sicurezza dell'ospite presso la struttura ospedaliera più vicina. Verrà inoltre effettuata una tempestiva comunicazione sia alla direzione sanitaria e amministrativa della struttura (via telefono), qualora non presente in struttura, sia al CSM di riferimento (via fax o via email) per garantire una corretta e costante comunicazione delle informazioni.

Verrà inoltre fornito al personale del 112 il **FASCICOLO DI TRASFERIMENTO TEMPORANEO DELL'OSPITE** (disponibile nella modulistica allegata alla Cartella Clinica Integrata), contenente i dati personali dell'ospite, la diagnosi di ingresso, il referente psichiatrico del CSM, i recapiti della struttura ed eventuali note sull'emergenza in corso.

Verranno consegnati in allegato al fascicolo anche i seguenti documenti:

- Anagrafica Ospite
- Scheda anamnestica
- Foglio Terapia
- Ultime analisi cliniche
- Ultimo elettrocardiogramma

 S.R.S.R. VILLA NOVA	PROCEDURA ASSEGNAZIONE MEDICO CURANTE E ACCESSO A PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	ALLEGATO ALLA PRO 7.2
		Rev. 00 30/04/2018

1 SCOPO

Lo scopo della presente procedura è quello di definire le modalità di assegnazione del medico curante degli ospiti e l'accesso alle prestazioni specialistiche.

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura verrà adottata per l'assegnazione del medico curante all'ingresso di tutti gli ospiti nella struttura S.R.S.R. "VILLA NOVA" e per la gestione delle visite specialistiche via via necessarie durante il ricovero.

3 MODALITÀ OPERATIVE

In considerazione delle finalità riabilitative della struttura l'assegnazione del medico curante degli ospiti presenti presso la nostra struttura avviene attraverso la normale procedura di assegnazione del medico curante secondo le procedure stabilite dalla Regione Lazio. Il medico curante di riferimento è il medesimo per tutti i pazienti ricoverati.

In caso di necessità cliniche e/o di prestazioni specialistiche, come rilevato dagli operatori e autorizzato dal Direttore Sanitario:

1. Il paziente viene accompagnato dal medico di base che, ove serva, lo visita e prescrive un'impegnativa,
2. L'incaricato della struttura si occupa di prenotare la visita specialistica, tramite telefono, al C.U.P.,
3. Stabilita la data vengono informati il paziente e i suoi familiari,
4. Se i familiari del paziente si rendono disponibili ad accompagnarlo, la struttura fornisce loro la documentazione di accompagnamento necessaria, e viene compilato il regolare FOGLIO DI PERMESSO,
5. Nel caso in cui la famiglia non sia disponibile, sarà la struttura stessa a programmare e provvedere fisicamente ad accompagnarlo, dietro adeguato compenso per la prestazione straordinaria. L'effettuazione del servizio verrà segnalato nella cartella clinica nell'apposita sezione "COUNSELING"
6. Alla consegna dei referti medici verranno prontamente avvisati il paziente, i familiari e il Direttore Sanitario. I referti medici verranno archiviati nelle rispettive cartelle sanitarie.

 S.R.S.R. VILLA NOVA	REGOLAMENTO INTERNO	ALLEGATO ALLA PRO 7.2 Rev. 00 30/04/2018
---	----------------------------	---

L'adesione alla proposta del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato, disposto dall'equipe curante, richiede, da parte dell'ospite, il massimo impegno e implica necessariamente un consenso al progetto stesso nella sua interezza nonché l'accettazione delle regole della Struttura.

Non collaborare al Progetto Terapeutico concordato può comportare l'interruzione del progetto stesso.

Disposizioni generali

1. Non è permesso introdurre e fare uso di sostanze stupefacenti, alcool o farmaci psicotropi in struttura.
2. Non è permesso introdurre e fare uso di farmaci generici.
3. La terapia farmacologica prescritta deve essere assunta secondo le direttive dei medici e negli orari stabiliti dalla struttura.
4. Non è permesso l'uso della violenza fisica e/o verbale nei confronti dello staff o di altri residenti (minacce, ricatti, prepotenze, insulti, turpiloquio, etc....)
5. Non è permesso danneggiare la struttura o gli oggetti della stessa.
6. Non sono consentiti furti in struttura.
7. Non sono consentiti rapporti sessuali in struttura.
8. Non è permesso violare la segretezza e la riservatezza di cose confidate al gruppo dai suoi membri.
9. Non è permesso attuare comportamenti autolesivi.
10. La partecipazione alle attività del programma e agli incontri di gruppo è obbligatoria. non si possono saltare le attività di gruppo, se non per seri e validi motivi che devono essere comunicati all'equipe e da essa valutati.
11. Gli incontri con i familiari, saranno concordati con l'equipe e con il gruppo dei residenti e programmati per ogni singolo caso.
12. L'utente si impegna a prendersi cura della propria salute, a rispettare la propria igiene personale e quella dell'ambiente della struttura. Inoltre in residenza deve essere utilizzato un abbigliamento comodo ed adeguato evitando l'esposizione di parti del corpo. L'utente si impegna a tenere in ordine la sua stanza, a prendersi cura della propria biancheria e degli spazi comuni della struttura. Dato che l'utente deve imparare a prendersi cura delle sue cose, oggetti ed indumenti dovranno essere pochi e non di valore.
13. Non è permesso fumare in cucina, nelle stanze, negli spazi comuni e comunque in tutti i locali dove è affisso l'apposito divieto. non è inoltre permesso fumare durante i gruppi e le attività.
14. L'uso del cellulare è consentito in orari prestabiliti.
15. La sveglia quotidiana è alle ore 7.30; la domenica e i giorni festivi alle ore 8.00; non è consentito fare colazione e consumare i pasti oltre gli orari previsti.
16. Non è consentito l'uso dei spazi comuni della struttura dopo le ore 21.30, tranne se autorizzati.
17. Non è permesso utilizzare lo stereo e la tv nell'orario di riposo e comunque non oltre le ore 21.30. Quando si utilizzano, il volume deve essere moderato e non disturbante.
18. Agli ospiti non è consentito detenere nella propria stanza oggetti che possono essere potenzialmente dannosi per sé e per gli altri, quali, detersivi, forbici, o lame in genere, etc. Il personale provvederà alla custodia, che verranno restituiti al momento delle dimissioni.
19. L'operatore ha il compito di sorvegliare e ha il diritto/dovere di poter entrare quando e come decide, in stanza se lo ritiene opportuno per motivi di sicurezza.

 S.R.S.R. VILLA NOVA	REGOLAMENTO INTERNO	ALLEGATO ALLA PRO 7.2
		Rev. 00 30/04/2018

20. È possibile che, in condizioni particolari, le stanze e gli armadi di tutti gli ospiti vengano ispezionati dal personale, sempre in presenza dell'ospite stesso.

Disposizioni speciali relative ai pasti

1. Tutti i pasti devono essere consumati in sala da pranzo negli orari sopra indicati.
2. Non è consentito portare fuori dalla sala da pranzo cibo o stoviglie.
3. Borse e zaini vanno lasciati nelle proprie stanze oppure all'ingresso della sala da pranzo
4. Non sono permessi scambi di piatti o di cibo.
5. Non è permesso alzarsi dal tavolo prima che il pasto sia terminato e, se indispensabile, è auspicabile farlo concordandolo con gli operatori presenti in sala.
6. Nel rispetto di tutti gli ospiti è opportuno mantenere un tono di voce moderato ed un comportamento idoneo durante i pasti.

Disposizioni per i permessi di uscita

1. I permessi di uscita e le visite sono parte del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato e verranno sempre concordati in sede di colloquio individuale con i Referenti del Progetto.
2. Gli ospiti dovranno far rientro alla Struttura nell'orario e nel giorno concordato.
3. Al ritorno dal permesso il personale verificherà il bagaglio dell'ospite. Ciò che non verrà ritenuto idoneo sarà restituito immediatamente all'accompagnatore se presente, oppure custodito dal personale fino alla successiva uscita dell'ospite o visita di un familiare.
4. Nel caso in cui l'ospite si allontani dalla Struttura arbitrariamente saranno adottati gli adempimenti che seguono:
 - Gli operatori della struttura si avvieranno nella ricerca dello stesso con ogni mezzo, non escluso il ricorso alla segnalazione presso le autorità giudiziarie.
 - Quanto sopra descritto, rappresenta il prodotto non atteso di azioni volontarie dell'ospite che richiede impegno di risorse aziendali non previste dal progetto individualizzato. Pertanto le risorse impegnate nella soluzione del problema saranno a carico dell'ospite.
 - L'allontanamento volontario del paziente, in quanto atto in palese violazione del presente regolamento, può costituire motivo per l'interruzione del Progetto

Firma Ospite _____

Anche se queste regole possono apparire rigide, esse sono utili e necessarie, sia per la convivenza civile che per la crescita personale. Il significato di queste regole è quello di creare per tutti i residenti della Struttura una cornice di stabilità e sicurezza nella quale ciascuno può lavorare nel modo più tranquillo e sereno.