



## PIANO DELLA QUALITA' 2023-2025



02/01/2025 - 12.37  
Arrivo  
04.11 Formazione e aggiornamento del  
RESPONSABILE QUALITA' E FORMAZIONE  
A.P.S.P. DOTT. A. BONTEMPELLI  
Protocollo N°: 00000013/00 rif: CBA/409501  
Data Movimento: 02/01/2025 - 12.37



Data ultimo agg.to: 31/12/2024

### LA RESPONSABILE DELLA QUALITA'

Dott.ssa Denise Fezzi - A cura del Servizio Formazione e Qualità di U.P.I.P.A sc.



## INDICE

PREMESSA.....	3
1. SCOPO.....	5
2. GESTIONE DEL PIANO - STAFF PER LA QUALITA' .....	7
3. PROGRAMMI DI GESTIONE PER LA QUALITA'.....	8
4. PROGRAMMI DI GESTIONE PER LA SICUREZZA .....	12
5. GESTIONE DEI PROCESSI COMUNICATIVI.....	13
6. VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DEI PROCESSI E DEI RISULTATI .....	18
7. DOCUMENTI NORMATIVI ED ORIENTATIVI .....	18

## PREMESSA

Il documento illustra il Piano Qualità relativo al triennio 2023-2025 e ne delinea in modo sintetico i potenziali interventi. Nel suo contenuto sono esposte le indicazioni strategiche da perseguire partendo dagli indirizzi del Consiglio di Amministrazione (C.d.A.) fino a giungere ai principali obiettivi da assolvere *in itinere* nella logica di un'organizzazione sensibile, "snella" ed attenta ai continui mutamenti in atto. L'elaborato costituisce, quindi, una prima versione *ad interim* che sarà soggetta a costanti modifiche, revisioni e integrazioni. Si tratta, infatti, di un materiale documentale flessibile che deve adattarsi necessariamente agli eventuali cambiamenti delle riforme normative, organizzative, tecnologiche e gestionali. Tale Piano si allinea con il documento programmatico 2025-2027 approvato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 24 del 27 dicembre 2024, dove si sottende di voler promuovere una cultura innovativa della qualità orientata al miglioramento continuo (*Kaizen*) attraverso la costante interazione tra pianificazione, progettazione, implementazione, misurazione, monitoraggio, analisi e miglioramento (ciclo di Deming<sup>1</sup>), come previsto anche dal percorso di accreditamento istituzionale vigente ai sensi della deliberazione della Giunta provinciale n. 1848 del 5 ottobre 2018 al quale ciascuna Struttura è tenuta ad aderire. Se analizziamo l'origine etimologica della parola "innovazione", essa deriva dal termine latino "innovatio" composto dalla particella "in" e "novare" ossia alterare l'ordine delle cose stabilite per lasciar spazio al nuovo che garantisca risultati migliori rispetto allo stadio di partenza. È noto che l'introduzione di un'innovazione è il risultato delle capacità che un'organizzazione sanitaria ha nel superare l'incertezza e soprattutto la resistenza al cambiamento e dipendenza dal percorso scelto (*path dependence*). La resistenza al cambiamento viene spesso considerata l'elemento di indeterminatezza, relatività, non razionalità del cambiamento e rigidità di un'organizzazione. In altri termini, gli individui resistono al cambiamento quando ciò li rende più sicuri, quando la loro posizione di potere non viene minacciata, oppure quando devono assumersi i rischi del cambiamento, non si sentono preparati e pensano, quindi, di dover subire solo "costi" e delle "perdite". L'incapacità di innovare è spesso legata, inoltre, all'incapacità di adottare una diversa prospettiva di analisi dei problemi. Rendersi aperti al cambiamento non significa abbracciare l'incertezza dell'esito ma "mettersi al servizio" di una strategia che va perseguita a livello collettivo al fine di produrre cambiamenti incrementali in grado di mutare una situazione di partenza e passare da una fase di stabilità ad una in continuo divenire. Nel programmare gli interventi innovativi volti a innalzare la qualità dei servizi socio-assistenziali è necessario considerare le varie implicazioni di ogni piano d'azione. Durante le fasi iniziali di ogni intervento di miglioramento è consigliabile essere aperti a idee e soluzioni da introdurre gradualmente, grazie all'apporto degli attori coinvolti nelle varie fasi di sperimentazione sul campo. La capacità di rispondere ai nuovi bisogni

---

<sup>1</sup> Per maggiori approfondimenti, si veda Deming W.E. (1994), *The New Economics: for Industry, Government, Education*, MIT, Center for Advanced Educational Services, Cambridge, MA.

emergenti nelle aree tematiche diversificate attraverso nuove forme di collaborazione e condivisione unite a nuovi schemi d'azione efficaci è senza dubbio un campo aperto e vasto che merita di essere esplorato con attenzione. I veri protagonisti del cambiamento sono persone in grado di vedere con occhi nuovi una realtà in continuo mutamento, organizzazioni sanitarie che (non guardano con occhi miopi) ma hanno una capacità di lettura dei fenomeni sistemica e sono in grado di programmare e pianificare strategie "proattive" nel settore della qualità in grado di anticipare e prevenire gli eventi. Il percorso intrapreso a partire dall'anno 2019 è il risultato della ricerca costante di un delicato equilibrio tra la corretta gestione delle risorse e il concetto di "ospite al centro" (*patient centered*), tra il perfezionamento delle competenze e la responsabilizzazione del personale, tra raccolta e monitoraggio attivo di dati, attività, processi e la ricerca di indicatori clinici adeguati. La buona qualità dell'assistenza sanitaria in RSA è un diritto di ogni residente e rimane una priorità assoluta. Per poter raggiungere risultati e *performance* migliori è necessario mettere in atto anche atteggiamenti di *lean thinking* (orientamento all'efficienza e all'eliminazione degli sprechi). Indispensabile risulta la standardizzazione delle procedure sui luoghi di lavoro, prestando cura ed attenzione ai processi prima ancora che alle singole attività. Il residente è al centro delle cure dell'organizzazione sanitaria e l'efficienza è un parametro rilevante così come lo è la trasparenza. L'elaborato è stato redatto dalla Responsabile Qualità di U.P.I.P.A. s.c.<sup>2</sup> in collaborazione con la Coordinatrice dei Servizi e ha preso in considerazione i seguenti aspetti: l'analisi del contesto attuale, la normativa e le direttive in materia di Qualità in vigore e le esigenze e la volontà del Consiglio di Amministrazione (C.d.A). Si precisa che nella stesura del documento sono state utilizzate fonti tecnico scientifiche citate nel testo a cui si rimanda per ulteriori approfondimenti. Tutte le indicazioni contenute nelle varie sezioni del presente lavoro dovranno essere rivalutate in modo costante in relazione alla specificità del contesto attuale in continua evoluzione e dei casi concreti di applicazione.

---

<sup>2</sup> Il servizio di Responsabile Formazione e Qualità è affidato a personale dipendente di U.P.I.P.A. s.c. La Responsabile Formazione e Qualità è presente in struttura indicativamente il mercoledì dalle ore 08:30 alle ore 14:00.

## 1. SCOPO

Il presente lavoro ha la finalità di descrivere le strategie mirate e programmare gli interventi in materia di Qualità per il triennio 2023-2025 al fine di offrire una prima fotografia istantanea delle principali azioni e piani volti ad innalzare gli standard e la qualità dei servizi assistenziali erogati dalla Struttura. Rispetto a tale ambito, la Figura 1 mette in risalto le macro-fasi che indicano i passaggi rilevanti ed essenziali da prendere in considerazione nell'analizzare ogni singolo processo di qualità. In quest'ottica, la filosofia del miglioramento continuo deve passare da un semplice elemento promozionale a "filosofia di vita" da supportare in modo costante al fine di creare una nuova sensibilità tra tutti gli operatori coinvolti.

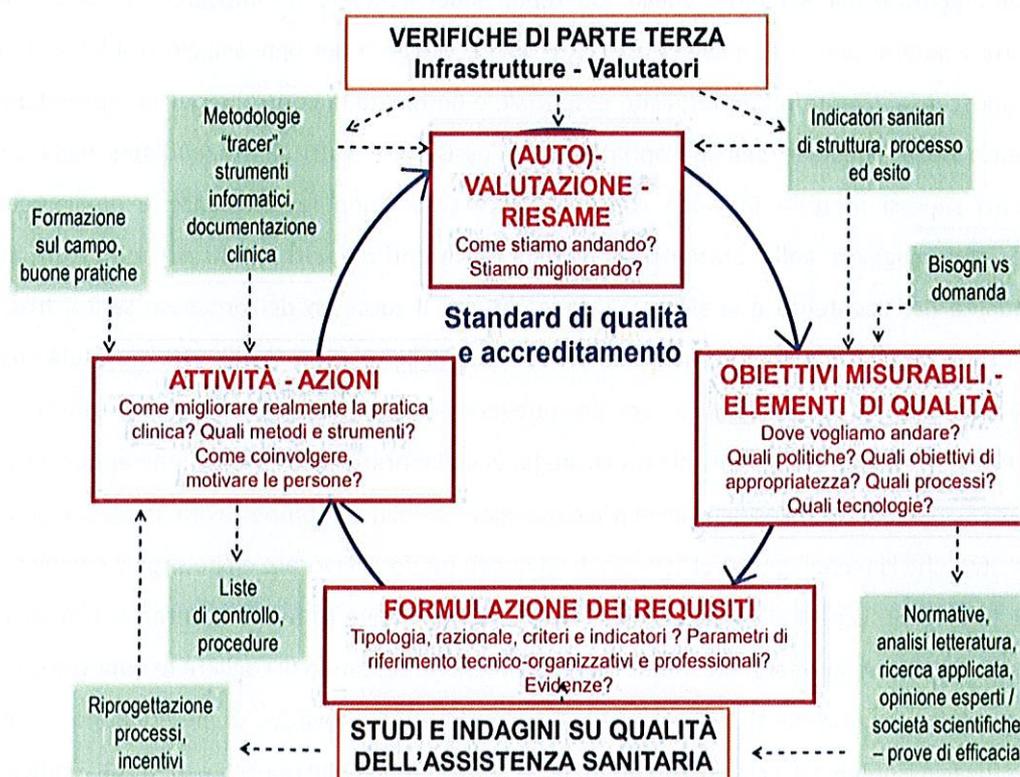


Figura 1 - Le macro-fasi del processo di qualità

Per poter raggiungere gli obiettivi di Qualità risulta fondamentale:

- identificare gli ambiti di miglioramento;
- individuare degli obiettivi S.M.A.R.T.<sup>3</sup> per la gestione efficace ed efficiente delle priorità;
- definire i relativi parametri di riferimento (standard/requisiti/criteri/indicatori) attraverso i quali verificare il raggiungimento degli obiettivi;

<sup>3</sup> Il termine SMART deriva dall'acronimo inglese Specific (Specifico), Measurable (Misurabile), Achievable (Raggiungibile), Realistic (Realistico), Time-based (Temporalizzabile). Per maggiori approfondimenti, si veda: Drucker Peter F. (1954), *The Practice of Management*, New York: Harper & Row.

- individuare le attività, le azioni e le relative risorse da impiegare per raggiungere gli obiettivi programmati;
- valutare *in itinere* l'andamento dei processi di miglioramento attivati ed il raggiungimento dei risultati attesi;
- riprogrammare ulteriori interventi di miglioramento e strategie d'azione se i risultati non sono stati raggiunti.

La vera sfida delle moderne organizzazioni sanitarie sarà quella di strutturare dei meccanismi innovativi fatti di conoscenze e competenze in grado di far fronte e supportare ogni cambiamento repentino e/o inaspettato. Un'organizzazione sanitaria "snella" dovrebbe saper generare un impegno da parte di tutti gli operatori a fornire servizi sanitari di qualità ad elevato valore aggiunto per ogni singolo residente. In questo contesto, la conoscenza diventa un prerequisito essenziale e un mezzo di controllo per intraprendere azioni di miglioramento della Qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza. Tutti gli *stakeholders* della Struttura dovranno infatti sapersi mettere in gioco continuamente smussando le differenze e amalgamando le conoscenze. Servirà maggiore collaborazione tra tutti gli i referenti dei vari ambiti per migliorare in modo costante la qualità dell'assistenza e la sicurezza dei residenti. Il successo del processo sarà il frutto della complementarità delle professionalità coinvolte e della fluidità delle relazioni instaurate. Si misura sulla base della capacità di creare "gioco di squadra" per promuovere ed accelerare i processi di miglioramento ed innovazione. Puntare ed investire su una chiara strategia di collaborazione e condivisione apporta e assicura al Centro Servizi Socio-Sanitari e Residenziali di Malè maggiore visibilità e competitività. In questo contesto, è necessario, inoltre, che la tecnologia sia al servizio di un nuovo modo di lavorare e che sappia coniugare scelte consapevoli e intelligenti capaci di favorire anche lo sviluppo di nuove forme di mentalità. L'innovazione è un'esperienza che ciascuno può fare, lavorando metodicamente e cercando di cogliere le opportunità offerte. È giunto il tempo degli investimenti e delle strategie lungimiranti e innovative di medio-lungo termine. Per investire con efficacia è quindi necessario sviluppare una chiara visione delle priorità e, una volta individuate, si può procedere a costruire qualcosa di importante in modo unitario e coordinato.

## 2. GESTIONE DEL PIANO - STAFF PER LA QUALITA'

Il Piano Qualità sarà programmato e gestito dallo Staff Qualità (SQ) formato dal Direttore Amministrativo, dalla Coordinatrice dei Servizi, dal Medico Coordinatore Sanitario, dalla Responsabile della Qualità e dai referenti delle varie aree organizzative. Lo Staff ha il compito di progettare, realizzare e monitorare i principali processi clinico - assistenziali inerenti alla qualità interna all'organizzazione. La complessità di gestione delle moderne organizzazioni sanitarie richiede l'integrazione tra metodi consolidati e paradigmi basati su nuove competenze necessarie a crescere e incentivare il cambiamento. La creazione di un SQ multidisciplinare è riconducibile alla necessità di creare un organo operativo di analisi e studio nella logica del *miglioramento continuo* dell'erogazione di ogni servizio che funga da raccordo tra le molteplici esigenze dei vari settori organizzativi. A seconda delle diverse azioni che dovranno essere implementate nella Struttura verranno coinvolti i singoli *stakeholder/professionisti* impegnati nel proprio settore di pertinenza. Variabile importante per la costituzione di *un team* di lavoro efficiente è il termine "collaborazione". Ogni collaborazione, ha bisogno di condividere conoscenze, competenze e ambiti disciplinari che siano in grado di incoraggiare, promuovere e sostenere idee innovative per individuare soluzioni qualitativamente migliori. Una metafora efficace in grado di chiarire con maggiore incisività il ruolo dei vari attori coinvolti in un processo di collaborazione è senz'altro la metafora dell'orchestra. In tale ottica, l'orchestra rappresenta il riferimento metaforico di un'organizzazione sanitaria complessa. Con un processo a ritroso, è possibile affermare con assoluta certezza che il concerto è il prodotto finale dell'azione sinergica tra i vari elementi che fanno parte di un'orchestra, gli orchestrali e il Direttore, ed è il risultato di un complesso e minuzioso lavoro sequenziale che raggiunge la sua massima perfezione nell'esecuzione. Il Direttore imprime l'impronta, la sua fisionomia, che si traduce in qualcosa di assolutamente unico e riesce con il suo stile, la sua conoscenza, la sua fisicità, a creare una fattiva collaborazione con tutti i componenti dell'orchestra. Il prodotto darà vita a una performance "eccellente". Da ultimo, si informa che il Direttore relaziona periodicamente al Consiglio di Amministrazione (CDA) sullo stato di avanzamento delle azioni strategiche da implementare per il conseguimento dei potenziali obiettivi individuati nel presente documento.

### 3. PROGRAMMI DI GESTIONE PER LA QUALITA'

Lo Staff della Qualità dell' A.P.S.P. dott. A. Bontempelli considerati:

- gli esiti della valutazione documentale avvenuta nel 2022 volta ad accertare la presenza effettiva dei requisiti di qualità richiesti per l'accreditamento istituzionale e delle Verifiche Tecnico Sanitarie (VTS) annuali;
- gli esiti del monitoraggio dei principali standard di qualità previsti dalla Carta dei Servizi;
- l'analisi delle attività e dei processi organizzativi interni;
- il Piano programmatico aziendale 2025-2027 approvato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 24 del 27 dicembre 2024 ;

### APPROVA

per il triennio 2023-2025 i seguenti macro-obiettivi<sup>4</sup> in materia di Qualità da perseguire:

- a) creazione, aggiornamento e/o revisione di protocolli, istruzioni operative e procedure sanitarie e assistenziali e amministrative. Verranno predisposti tavoli di confronto e di armonizzazione, promozione e diffusione della conoscenza delle procedure interne, attività e dei progetti di miglioramento attivi all'interno dell'ente con l'obiettivo di potenziare la sicurezza e la qualità dei servizi sanitari offerti. Di seguito sono riportate le principali linee di intervento:
- Procedura sanitaria: *Inserimento, accoglienza e presa in carico - continuità assistenziale* [Cod. Doc. SAN. 02].
  - Procedura sanitaria: *Cure di fine vita e gestione decesso* [Cod. Doc. SAN. 04].
  - Procedura sanitaria: *Alimentazione e nutrizione, disfagia e stato nutrizionale* [Cod. Doc. SAN. 05].
  - Procedura sanitaria: *Gestione delle urgenze ed emergenze sanitarie* [Cod. Doc. SAN. 06].
  - Procedura sanitaria: *Esposizione occupazionale a rischio biologico e taglienti* [Cod. Doc. SAN. 11].
  - Procedura socio-assistenziale : *Prevenzione e gestione cadute* [Cod. Doc. ASS.SAN 13].
  - Procedura sanitaria : *La gestione del farmaco e della terapia farmacologica* [Cod. Doc. SAN 14].
  - Procedura sanitaria: *Richiesta e trasfusione di emocomponenti* [Cod. Doc. SAN. 19].

---

<sup>4</sup> Gli obiettivi qualità sono definiti annualmente dallo Staff di Direzione e dettagliati nei File pdf. denominati 'anno\_di\_riferimento\_obiettivi\_qualità'. Questi obiettivi coprono sette processi principali elencati di seguito: 01 - Processo di Governo ; 02 - Processo di Documentazione; 03 - Processo di Gestione delle Risorse Umane; 04 - Processo di Gestione delle Risorse Strutturali; 05 - Processo di Gestione della Comunicazione; 06 - Processo di Gestione delle APSP; 07 - Processo di Miglioramento e Analisi dei Dati. Ogni obiettivo è descritto in dettaglio, includendo le fasi necessarie, i tempi previsti, i principali responsabili delle attività, e gli indicatori di processo e di risultato.

- Procedura sanitaria: *La gestione dei rifiuti sanitari* [Cod. Doc. SAN. 20].
  - Procedura socio-assistenziale: *Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione* [Cod. Doc. ASS/SAN 17].
  - Procedura amministrativa: *La Gestione della Formazione del personale* [Cod. Doc. AMM 1].
  - Procedura amministrativa: *Gestione reclami, segnalazioni e suggerimenti* [Cod. Doc. AMM.10].
  - Procedura amministrativa: *Protezione dati personali e tutela della riservatezza riferibili al residente e al personale dipendente* [Cod. Doc. AMM 18].
  - Procedura amministrativa: *Segnalazione di illeciti (whistleblowing)* [Aggiornamento pubblicato Prot. 1522 di data 31.05.2024].
  - Procedura amministrativa: *Prevenzione e gestione del rischio di allontanamento dei residenti* [Cod. Doc. AMM 21].
  - Procedura sanitaria: *Prevenzione del suicidio in RSA* [Cod. Doc. SAN in programma].
  - Procedura sanitaria: *Gestione del rischio clinico* [Cod. Doc. SAN 22].
  - Procedura sanitaria: *Strategie di prevenzione e gestione del maltrattamento dei residenti* [Cod. Doc. AMM in elaborazione con gruppo di lavoro].
  - Procedura sanitaria: *Prevenzione, monitoraggio e gestione degli agiti violenti* [Cod. Doc. SAN in programma].
  - Procedura sanitaria: *Prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate ai Processi Assistenziali* [Cod. Doc. SAN in programma].
  - Protocollo per il *controllo della diffusione di Clostridium difficile* [Cod. Doc. SAN in programma].
  - Protocollo : *Inserimento del personale neoassunto* [presente modulistica].
  - Procedura amministrativa : *Ammissione e gestione dei volontari* [Cod. Doc. AMM in programma].
  - Procedura socio-assistenziale: *Gestione e monitoraggio del Piano Assistenziale Individualizzato - PAI* [Cod. Doc. SAN. 08].
- b) individuazione, implementazione e monitoraggio periodico di obiettivi di miglioramento per ambito organizzativo, condivisi in incontri quadrimestrali con i Referenti dei vari ambiti organizzativi;
- c) organizzare momenti di confronto e riflessione con gli operatori per consentire l'emersione di suggerimenti, idee ed azioni di miglioramento dell'assistenza;
- d) mantenere attive tutte le misure volte alla prevenzione e al contenimento delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA);
- e) valorizzare gli interventi, sia formativi sia di miglioramento, collegati all'ambito del maltrattamento, dell'alimentazione e nutrizione, demenza e fine vita ricercando un approccio multidisciplinare che coinvolga l'intera équipe;
- f) consolidare e accrescere le conoscenze e le abilità degli Operatori di assistenza rispetto al tema della mobilitazione dell'anziano secondo i principi ergonomici e il corretto funzionamento degli ausili in

- dotazione presso la Struttura con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi socio-assistenziali;
- g) monitoraggio annuale degli standard previsti dalla Carta dei Servizi, che permettono di valutare in modo oggettivo la qualità delle prestazioni e dei servizi erogati;
  - h) monitoraggio degli indicatori relativi alle nove tematiche (cadute, contenzione fisica, dolore, cure di fine vita, nutrizione, lesioni da pressione, terapia farmacologica, prevenzione della perdita funzionale, stipsi e gestione dell'alvo) del progetto "IndiCARE Salute LAB" - Indicatori e strumenti per la governance clinico-assistenziale e la qualità della presa in carico in RSA;
  - i) monitoraggio delle "Raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella" tramite il portale Agenas;
  - j) revisione e aggiornamento della Carta dei Servizi e degli standard di qualità con il coinvolgimento dei referenti delle varie aree organizzative;
  - k) creazione del Piano di Comunicazione Aziendale con l'obiettivo di gestire in modo efficace i processi comunicativi interni con i vari stakeholders;
  - l) revisione e aggiornamento del sito web aziendale nel rispetto delle disposizioni normative vigenti e delle direttive AgID;
  - m) realizzazione di un'indagine di soddisfazione della qualità dei servizi (*customer satisfaction*) erogati rivolta ai famigliari e/o residenti;
  - n) valutazione dello Stress Lavoro Correlato (SLC) per rilevare il vissuto emotivo dei lavoratori e le manifestazioni della sindrome di *burnout* in linea con le disposizioni dell'INAIL;
  - o) favorire la diffusione di iniziative di supporto per tutti gli operatori al fine di promuovere la cultura della cura di sé e del proprio benessere psico-fisico;
  - p) attivare gruppi di lavoro al fine di affrontare le principali problematiche riscontrate nei vari reparti per giungere a soluzioni condivise e migliorative delle attività svolte;
  - q) organizzare e pianificare le riunioni con i Responsabili dei vari settori per una corretta gestione dei rapporti interni e un miglioramento del clima lavorativo;
  - r) ottimizzare la pianificazione annuale delle attività di animazione e sociali, garantendo una supervisione costante e un feedback continuo per migliorare l'efficacia e l'attrattività delle attività proposte;
  - s) creazione di un bilancio sociale triennale 2023-2025 che documenti le attività dell'organizzazione e riconosca il valore e il capitale sociale generati;
  - t) Realizzare le opere progettate e finanziare per valorizzare il patrimonio immobiliare, includendo la verifica periodica di tutta l'impiantistica della struttura e intervenendo tempestivamente in caso di non conformità alla normativa vigente.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PHYSICS DEPARTMENT

PHYSICS 439: QUANTUM MECHANICS  
LECTURE 11: THE HARMONIC OSCILLATOR

PROFESSOR JOHN COLLINS

DATE: 11/15/2011

- 1. Review of the harmonic oscillator potential
- 2. The Schrödinger equation for the harmonic oscillator
- 3. The ladder operator method
- 4. The energy spectrum of the harmonic oscillator
- 5. The wavefunctions of the harmonic oscillator
- 6. The uncertainty principle for the harmonic oscillator
- 7. The correspondence principle

THE HARMONIC OSCILLATOR

THE HARMONIC OSCILLATOR

THE HARMONIC OSCILLATOR

## **4. PROGRAMMI DI GESTIONE PER LA SICUREZZA**

### **4.1 SICUREZZA DEL PERSONALE**

- attivare tutti i corsi di formazione obbligatoria in ambito sicurezza D.lgs. 82/2008 previsti nel Piano della formazione 2024-2026 in collaborazione con U.P.I.P.A. s.c.;
- Revisione/Aggiornamento e disseminazione ai dipendenti del DVR (Documento di Valutazione dei Rischi prot. 3296 12 dicembre 2024).

### **4.2 SICUREZZA DEL RESIDENTE**

Dall'analisi del contesto dell' A.P.S.P. dott. A. Bontempelli di Pellizzano si individuano i seguenti rischi clinici sui quali concentrare la massima attenzione attraverso la messa in campo di azioni di prevenzione strategiche:

- **RISCHIO INFEZIONI**
- **RISCHIO LESIONI DA PRESSIONE**
- **RISCHIO MALNUTRIZIONE**
- **RISCHIO CADUTE**
- **RISCHIO DOLORE**
- **RISCHIO MALTRATTAMENTO**
- **RISCHIO AGITO VIOLENTO**
- **RISCHIO EVENTI AVVERSI**

Tali rischi sopramenzionati verranno costantemente monitorati mediante la raccolta di specifici indicatori clinici al fine di governare e migliorare le politiche e le strategie di gestione dei rischi mediante il coinvolgimento dei vari livelli organizzativi. Si cercheranno di programmare degli interventi mirati volti a presidiare le aree maggiormente deficitarie. Dall'analisi dei dati raccolti verranno individuati il numero di residenti a rischio, le strategie di prevenzione da adottare e le relative azioni di intervento correttive collegate, nell'ottica di un costante processo di miglioramento continuo della qualità di vita dei residenti e dei servizi erogati. Raccogliere dati, analizzarli, coglierne le sfumature, rappresenta quindi uno strumento essenziale di gestione, monitoraggio, revisione e/o riprogrammazione di nuove strategie, per intraprendere azioni strategiche della qualità che diventano sempre più irrinunciabili. I dati rilevati verranno condivisi con i vari referenti sanitari ed assistenziali operanti all'interno dell'Ente attraverso incontri mensili. L'obiettivo finale che ci si prefigge di raggiungere sarà quello di riuscire a impostare un sistema che permetta anche l'analisi diacronica dei dati.

## 5. GESTIONE DEI PROCESSI COMUNICATIVI

Le moderne RSA sono organizzazioni complesse che producono ed erogano prodotti immateriali ad alto contenuto relazionale ed umano. Per tale ragione è necessario conoscere in modo approfondito come funziona il processo comunicativo ed acquisire consapevolezza anche del proprio modo di comunicare. La comunicazione efficace e trasparente permette di valorizzare il lavoro e la professionalità delle persone coinvolte dell'intera residenza sanitaria. Se non lo è rappresenta un rischio sia per il raggiungimento degli obiettivi individuati che per il benessere organizzativo e personale. La conoscenza della complessità dei ruoli accompagnata da una maggiore consapevolezza dei processi di comunicazione, gestione dei conflitti e del lavoro di squadra, conducono i professionisti verso una migliore percezione delle attività da svolgere e del proprio ambiente lavorativo. In quest'ottica, la tematica della gestione della comunicazione assume una valenza centrale anche per ciò che riguarda la tutela e la garanzia della privacy degli utenti e per garantire un buon livello di *performance* complessiva. Solo in questo modo, la maggior parte del lavoro può essere reso semplice, fluido, e snello e il miglioramento deriverà da una pratica costante. Risulta rilevante comprendere, pianificare e gestire in modo oculato sia i flussi comunicativi interni alla struttura sia quelli con stakeholders esterni.

Gli obiettivi che il Piano si prefigge di raggiungere in materia di gestione del personale possono essere sintetizzati nel modo seguente:

1. pianificare in modo strutturato dei momenti di informazione e coordinamento tra le varie figure professionali;
2. gestire in modo efficace e trasparente i processi di comunicazione interna ed esterna attraverso App. di messaggistica istantanea (per esempio: WhatsApp, Telegram, Signal, Viber, ecc.) e strumenti innovativi di comunicazione digitale;

In via ordinaria, nel corso dell'anno sono previsti momenti di informazione e coordinamento rivolti al personale e ai familiari dell'Ente. La reportistica (foglio presenza e verbale) relativa alle riunioni viene conservata dalla Coordinatrice dei Servizi che provvede alla sua archiviazione cartacea ed informatizzata.

PIANIFICAZIONE DELLA COMUNICAZIONE INTERPROFESSIONALE

TIPOLOGIA RIUNIONE	PERIODICITA'	PARTECIPANTI	ARGOMENTI	MODALITA' CONVOCAZIONE	REPORTISTICA
<b>RIUNIONI CON I RESPONSABILI DEI SERVIZI SANITARI</b>	ALMENO QUATTRO VOLTE ALL'ANNO	Direttore, Coordinatrice dei servizi, Direttore sanitario, Resp. Infermiere, Resp. OSS (in base all'oggetto della riunione)	Aggiornamenti in ambito organizzativo, socio sanitario ed assistenziale	Avviso di convocazione inviato dalla Coordinatrice dei Servizi tramite e-mail aziendale.	-Foglio presenze -Verbale redatto dalla Coordinatrice o da uno dei partecipanti
<b>RIUNIONI PERSONALE INFERMIERISTICO</b>	ALMENO TRE VOLTE ALL'ANNO	Direttore, Coordinatrice dei Servizi, Medico Coordinatore sanitario, Infermiere	Aggiornamenti in ambito organizzativo, socio sanitario ed assistenziale	Avviso di convocazione inviato dalla Coordinatrice dei Servizi tramite e-mail aziendale.	-Foglio presenze -Verbale redatto dalla Coordinatrice o da uno dei partecipanti
<b>RIUNIONI PERSONALE FISIOTERAPICO</b>	ALMENO UNA VOLTA ALL'ANNO	Direttore, Coordinatrice dei Servizi, Fisioterapisti	Aggiornamenti in ambito organizzativo, socio sanitario ed assistenziale	Avviso di convocazione tramite e-mail aziendale.	-Foglio presenze -Verbale redatto a turno da uno dei partecipanti

<b>RIUNIONI PERSONALE SERVIZI GENERALI</b>	ALMENO UNA VOLTA ALL'ANNO	Direttore, Coordinatrice dei servizi, personale del servizio coinvolto	Aggiornamenti in ambito organizzativo domestico alberghiero.	Avviso di convocazione tramite e-mail aziendale.	-Foglio presenze -Verbale redatto a turno da uno dei partecipanti
<b>INCONTRI AREA RELAZIONALE - ANIMAZIONE</b>	ALMENO DUE VOLTE ALL'ANNO	Responsabile area relazionale, operatori di animazione	Programmazione, andamento delle attività e progetti di animazione, anche sui singoli residenti.	Avviso di convocazione tramite e-mail aziendale.	-Foglio presenze -Verbale redatto a turno da uno dei partecipanti
<b>RIUNIONE SICUREZZA MEDICO COMPETENTE E RSPP</b>	ANNUALE	Direttore, Medico Competente, RSL, RSPP, Responsabile Formazione	Ordine del giorno definito dal Direttore.	e-mail di convocazione inviata dal Direttore.	-Verbale redatto dal RSPP

<b>RIUNIONI CON I FAMIGLIARI</b>	ANNUALE	Presidente, Direttore, Coordinatrice dei servizi, Medico, Consiglieri, famigliari.	Ordine del giorno definito dal Presidente e Direttore.	Lettera di convocazione inviata via e-mail dalla Segreteria dell'Ente o avviso telefonico.	-Verbale redatto dal Direttore
<b>INCONTRI CON I VOLONTARI</b>	ANNUALE	Direttore, Responsabile del servizio area relazionale, operatori di animazione, volontari.	Andamento della collaborazione tra volontari e area relazionale RSA.	messaggio di convocazione inviato tramite e-mail dal Referente dei volontari.	-Verbale redatto a turno da uno dei partecipanti
<b>PAI</b>	SETTIMANALE	Equipe multiprofessionale	Definizione del progetto individualizzato del residente.	Avviso di convocazione inviato dalla Coordinatrice dei Servizi tramite e-mail aziendale.	-CBA PAI e sintesi PAI

## GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE

La struttura ha sviluppato a partire dal mese di luglio del 2019 un processo sistematico di informatizzazione dei processi amministrativi e di dematerializzazione burocratica. In tale ambito, la principale linea di intervento sarà rappresentata da quanto delineato nei documenti programmatici della struttura. Le principali comunicazioni ufficiali e le informative interne vengono gestite principalmente tramite posta elettronica dal Direttore e dalle Responsabili dell'Ufficio amministrativo della Struttura. Le informative possono riguardare: circolari, aggiornamenti o novità organizzative, attività formative interne (promozione e gestione), introduzione e aggiornamento delle procedure aziendali, promozione di iniziative aziendali e conviviali, esiti di valutazioni esterne. Per quanto riguarda la gestione delle comunicazioni interne ed esterne è stata recentemente introdotta la possibilità di utilizzare dei sistemi di messaggistica istantanea come WhatsApp. È risaputo che le nuove forme di comunicazione costituiscono un fattore nevralgico nell'odierna società dell'informazione. In questo scenario, diventa estremamente urgente conoscere e cercare di adattarsi in modo proattivo alle nuove forme e strumenti di comunicazione digitale, per poter cercare di rimanere al passo con i tempi ed intercettare anche le esigenze di una società dinamica in un ecosistema in rapida trasformazione. L'Ente ha assunto un approccio multiforme, per rispondere a tale evoluzione adottando delle strategie flessibili, multicanale ed orientando la propria comunicazione verso l'instaurazione di una sinergia dialettica con tutti i "destinatari". L'opportunità strategica che si cela dietro ai sistemi di messaggistica istantanea è quella di ripensare il proprio "grafo" aziendale, sperimentando anche modi alternativi ed immediati di comunicare "con" e "tra" le varie figure professionali. Si tratta di strumenti che impongono dei cambiamenti importanti all'interno del settore delle RSA e rappresentano uno stimolo ulteriore per una gestione "snella" dei processi di comunicazione e per la creazione di un servizio più trasparente ed autentico.

## **6. VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DEI PROCESSI E DEI RISULTATI**

Il monitoraggio dei processi e dei risultati si ricava dai seguenti documenti:

- Relazione al bilancio;
- Relazione sanitaria annuale sull'andamento dell'assistenza ai residenti del Medico Coordinatore;
- Verbali Visite Tecnico Sanitarie (VTS);
- Relazioni indagini di soddisfazione residenti/famigliari;
- Relazione triennale del Piano della formazione;
- Relazione relativa al monitoraggio dei principali standard di qualità fissati nella Carta dei Servizi;
- Relazione di Riesame della Direzione aziendale;
- Stato di avanzamento "Obiettivi di miglioramento";
- Relazione finale - Formazione sul campo (FSC) relativa alla partecipazione a Gruppi Di Miglioramento (GDM);
- Relazione annuale del Medico competente e del RSPP;

## **7. DOCUMENTI NORMATIVI ED ORIENTATIVI**

- Direttive RSA e Centri Diurni;
- Linee Guida per le Residenze Sanitari e Assistenziali connesse con la pandemia COVI-19;
- Liste Accreditamento istituzionale: lista di controllo GEN; lista di controllo ESTRA OSP. ANZIANI;
- Raccomandazioni Ministeriali;
- Report valutazione Visita Tecnico Sanitaria;
- Statuto;
- Carta dei Servizi dell'Ente;
- Bilancio sociale;
- Regolamenti aziendali;
- Codice di comportamento;
- Documento di Valutazione Rischi (DVR).