

4.0 Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, regolamenti interni

4.1 Programma annuale di valutazione e miglioramento delle attività. Struttura o responsabile delle attività di valutazione e miglioramento della qualità

REDAZIONE	Direttore Sanitario  Direttore RFL Academy 
VERIFICA	Referente Qualità Accreditamento 
APPROVAZIONE	Amministratore Delegato 
PRQ. 4.1 REV. 0	Data 18 febbraio 2022

RFL ha predisposto un programma annuale di valutazione e miglioramento delle attività, partendo dai valori dell'organizzazione che sono illustrati dai **9 Principi** fondanti della Mission:

1. **Umanesimo - centralità della persona;**
2. **Utilità sociale - supporto alla comunità;**
3. **Recovery - ritorno alla vita;**
4. **Appropriatezza - correttezza e personalizzazione delle cure e dell'uso delle risorse;**
5. **Organizzazione - efficacia, efficienza e creazione di valore;**
6. **Integrazione - completezza e continuità assistenziale;**
7. **Innovazione - rinnovamento nella cura, nel metodo, nell'organizzazione, sui risultati;**
8. **Ricerca - impulso all'approfondimento intellettuale e clinico - scientifico;**
9. **Formazione - aggiornamento professionale e culturale.**

A seguire la descrizione delle aree tematiche di attività e delle azioni di monitoraggio e di valutazione delle stesse, aree che a diversi livelli e modularità, fanno parte della "presa in carico" personalizzata della persona che si rivolge a RFL e che si declina nei diversi setting: Residenza e Centro Diurno.

- a) **Riabilitazione multidisciplinare:** il cardine del modello assistenziale di RFL è la presenza di professionisti di varie specializzazioni che operano in sinergia nel progetto riabilitativo del paziente. È necessario quindi favorire sia la presenza che la comunicazione fra operatori per permettere di far circolare le informazioni ed operare un costante monitoraggio sull'andamento dei percorsi. Sono previsti precisi momenti settimanali di riunione clinica d'equipe, dove confrontarsi e prendere decisioni sui pazienti. Gli operatori di riferimento di ogni paziente sono tenuti a partecipare a tali riunioni e l'organizzazione del *planning* delle attività è declinata sulla loro importanza, prevedendo l'inserimento di attività per i pazienti i cui operatori sono coinvolti nella riunione e prevedendo

altresì il tempo della riunione nel monte ore settimanale di ogni operatore. Il monitoraggio di questa attività avviene attraverso un registro presenze settimanale, firmato dai partecipanti alla riunione clinica.

La verifica dell'ammontare delle ore di riunione verrà effettuata trimestralmente dal Direttore Area Clinica e archiviata in amministrazione.

- b) **Progetto individualizzato:** il piano individualizzato di riabilitazione è lo strumento “bussola” dell'intervento dell'*équipe* multidisciplinare. In esso sono contenute le informazioni di *assessment* svolto dal Servizio Inviante, le indicazioni sulla situazione socio-famigliare e gli obiettivi da perseguire nel percorso di Residenza. Viene aggiornato, con la stesura del PTR, sia nelle varie fasi riabilitative (*assessment*/fase intensiva/fase di dimissioni) sia nelle rivalutazioni periodiche svolte da RFL e dai Servizi Inviati. La verifica della presenza e della completezza del progetto individualizzato nella presa in carico è effettuata dal Coordinatore Clinico. La verifica della rivalutazione nelle diverse fasi e della compilazione degli aggiornamenti con i Servizi Inviati è responsabilità dello Psicoterapeuta di riferimento del paziente.
- c) **Presa in carico della Famiglia:** il modello assistenziale di riabilitazione dei pazienti prevede, anche per i pazienti maggiorenni, la valutazione sulla opportunità o meno di una presa in carico delle famiglie. Tale possibilità non può prescindere dal consenso del paziente stesso, ottenuto dopo aver condiviso il rationale di questa eventuale scelta. RFL sottolinea questo importante asse clinico prevedendo incontri con le famiglie sia di aggiornamento sul percorso del paziente (previo suo consenso), sia una presa in carico psicoeducativa con gruppi quindicinali di supporto alla genitorialità. È previsto inoltre nel monte ore degli psicoterapeuti e degli psichiatri la possibilità di offrire colloqui di *counselling* genitoriale e di coppia per potenziare le risorse famigliari e per indicare, laddove se ne ravveda la necessità, percorsi psicoterapici di presa in carico individuali e/o di coppia rivolti ai genitori.
- d) **Monitoraggio settimanale:** RFL prevede riunioni d'*équipe* settimanali di monitoraggio e valutazione dell'andamento del percorso del minore e della presa in carico della famiglia. Ad ogni riunione viene compilato il verbale contenente le indicazioni necessarie alla comprensione della situazione clinica e delle decisioni prese, consultabile da tutti i membri dell'*équipe*. La compilazione è responsabilità dell'educatore di riferimento e viene monitorata ogni 2 settimane dal Coordinatore Clinico.
- e) **Lavoro di rete con Servizi Inviati:** il lavoro di rete che RFL si propone di perseguire è fondato sulla necessaria comunicazione con i Servizi Inviati (UONPIA, CPS; Servizi Sociali...). In particolare, sono previsti un incontro di presentazione del caso e di formulazione degli obiettivi riabilitativi, incontri

periodici almeno ogni 45-60 gg di rivalutazione del percorso e un incontro alle dimissioni per favorire la continuità assistenziale necessaria e le indicazioni dell'*équipe*. Ogni incontro coi Servizi Inviati viene verbalizzato ed inserito in cartella clinica. La verifica dell'inserimento dei verbali è responsabilità dello Psicoterapeuta e viene monitorata ogni 2 mesi dal Coordinatore.

- f) **Durata dei percorsi:** RFL prevede di strutturare l'intervento riabilitativo in fasi definite. La prima fase è quella di presa in carico (*Assessment*) della durata di 4 settimane che prevede, sulla base della segnalazione da parte dei Servizi Inviati, un percorso di valutazione del caso e la definizione in dettaglio degli obiettivi di cura e del progetto riabilitativo, sempre in condivisione con i Servizi Inviati. Segue una fase di riabilitazione intensiva (fase Intensiva) della durata di 5/6 mesi in cui viene declinato il progetto riabilitativo sulla base degli obiettivi del PTR. A questa fase, può seguire una successiva fase di reinserimento progressivo o una ripetizione della fase intensiva, sulla base della rivalutazione congiunta fra *équipe* RFL e Servizi Inviati con tempi ed obiettivi da declinare in funzione del quadro clinico e psicopatologico del paziente. La conclusione di ogni fase, la necessità di ripetere la fase intensiva e/o di estendere la fase di dimissioni progressive viene definita dall'*équipe* del paziente, discussa con lui stesso e condivisa con i Servizi Inviati e la famiglia (previo consenso). Viene riportato nel PTR e segnalato nella sintesi di percorso presente in cartella.
- g) **Esiti:** RFL pone al centro dei suoi obiettivi il monitoraggio e l'efficacia dei percorsi riabilitativi, utilizzando i dati raccolti sia a fini di ricerca sia al fine di migliorare costantemente l'offerta riabilitativa. Vengono infatti somministrati questionari psicometrici e scale di valutazione nella fase di *assessment* e nella fase di reinserimento progressivo per valutare il raggiungimento degli obiettivi del PTR. Viene monitorata l'adesione al percorso riabilitativo, quantificando i percorsi con durata concordata, i *failure to engage* e i *drop out*.
- h) **Conclusione dei percorsi:** al termine del percorso riabilitativo, l'*équipe* di RFL produce una relazione sul percorso effettuato, consegnata al paziente ed ai Servizi Inviati. Copia di tale relazione viene inserita a chiusura della cartella. È possibile fare richiesta di accesso alla cartella clinica alla segreteria amministrativa. Il Responsabile della verifica della completezza del materiale al termine del percorso è il Responsabile dei Servizi di Supporto.
- i) **Somministrazione questionario di gradimento:** le azioni di miglioramento che RFL attuerà muoveranno in primo luogo dall'attenta valutazione del questionario di gradimento somministrato a tutti i pazienti, ai loro famigliari e ai Servizi Inviati nell'ultima settimana di percorso riabilitativo. Il questionario valuta:
- a. quantità e qualità delle informazioni ricevute;

- b. grado di coinvolgimento nella scelta dei percorsi di cura e sostegno;
- c. qualità del clima relazionale;
- d. efficacia dell'intervento;
- e. livello di soddisfazione relativo a specifici aspetti del servizio erogato.

La responsabilità dell'inserimento dati e della consegna puntuale sono del Responsabile dei Servizi di Supporto.

- j) **Formazione:** RFL promuove la partecipazione alla formazione da parte di tutti gli operatori. Verranno valutate le frequentazioni a corsi e *master* professionalizzanti nella valutazione delle risorse coinvolte e nelle assunzioni. RFL inoltre identifica nella partecipazione alle riunioni dell'*équipe* e alla supervisione una forte valenza formativa e prevede di agevolare la partecipazione degli operatori attraverso l'utilizzo del monte ore lavorativo, dello *smart working* e della partecipazione da remoto per permettere la fruizione nel maggior grado possibile. Inoltre, annualmente verrà valutata la necessità formativa degli operatori come esplicitato nella parte relativa a Gestione delle Risorse Umane - Piano annuale di formazione e aggiornamento.
- k) **Ricerca:** l'asse della ricerca e dello sviluppo è fondante i principi cardine di RFL. Viene promossa la ricerca sui processi e sui risultati da parte di tutta l'*équipe*, identificando nel Coordinatore Clinico il referente dei progetti di ricerca. L'obiettivo primario è quello di valutare gli esiti e l'efficacia dei percorsi riabilitativi, dei processi comunicativi e degli strumenti utilizzati. Inoltre, la ricerca per RFL implica il valore dell'interdipendenza tra le varie parti della comunità nell'obiettivo di promuovere azioni ad alto impatto sociale e culturale. Nelle riunioni d'*équipe* verrà prevista trimestralmente la discussione dei progetti di ricerca proposti e delle iniziative culturali di interesse, individuando aree tematiche di interesse.
- l) **Consenso informato:** RFL rispetta le norme in vigore circa il consenso informato sulle prestazioni sanitarie, che viene fatto firmare al paziente, ai genitori se minorenni e, se nominato, tutore e/o amministratore di sostegno all'atto dell'apertura della cartella, previo colloquio con NPI/Psichiatra referente.

I regolamenti interni sono oggetto di rivalutazione ogni tre anni. Viene, inoltre, formalizzata una raccolta di regolamenti interni e linee guida aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti, facilmente accessibili a tutto il personale.

Particolare attenzione è dedicata alla privacy che sarà gestita in ottemperanza alla in ottemperanza alla Direttiva Europea 216/679, con l'identificazione di un Responsabile che aggiornerà il piano su base semestrale.

Particolare importanza è data anche alla gestione delle modalità con cui si gestisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze o eventi imprevisti, con azioni monitorate nei diversi ambiti:

- Clinico, definito nel documento “Gestione qualità e regolamenti interni - protocollo gestione emergenze cliniche”
- Organizzativo, definito nel documento “Struttura organizzativa - continuità assistenziale”
- Tecnologico, definito nel documento “Gestione risorse tecnologiche”

Dettaglio delle attività e degli indicatori di valutazione e miglioramento.

ATTIVITA'	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PERIODI CITA' DI VERIFICA	RESPONSA BILE DELLA VERIFICA	UBICAZIONE
Riabilitazione multidisciplinare						
	Partecipazione riunione d'equipe	Registro presenze	95%	Trimestrale	Coordinatore Clinico	Segreteria
	Assegnazione equipe di riferimento	Cartella clinica	100%	Trimestrale	Coordinatore Clinico	Cartella clinica
Progetto individualizzato	PTR stilato entro 1 mese (dopo fase di assessment)	Modulo in cartella clinica	100%	Mensile	Case manager	Cartella clinica
	Rivalutazione periodica della fase riabilitativa	Modulo in cartella clinica	100%	Trimestrale	Case manager	Cartella clinica
Presenza in carico famiglie	Monitoraggio della presenza in carico famiglia	Modulo in cartella clinica	95%	Semestrale	Coordinatore Clinico	Cartella clinica

ATTIVITA'	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PERIODI CITA' DI VERIFICA	RESPONSA BILE DELLA VERIFICA	UBICAZIONE
Monitoraggio andamento del percorso	Rivalutazione settimanale	Verbale equipe	95%	Quindicinali	Coordinatore clinico	Cartella clinica
Lavoro in rete	Incontri ogni 45-60 gg	Verbale	95%	Trimestrale	Coordinatore clinico	Cartella clinica
Durata dei percorsi	Valutazione congiunta al termine delle fasi	Sintesi di percorso	100%	Annuale	Coordinatore clinico	Cartella clinica
	Proroghe delle fasi intensive	Sintesi di percorso	100%	annuale	Coordinatore clinico	Cartella clinica
	Proroghe della fase reinserimento progressivo	Sintesi di percorso	100%	annuale	Coordinatore clinico	Cartella clinica
Esiti	Somministrazione dei questionari psicometrici t0 (entro 4 settimane)	Sezione cartella clinica	100%	annuale	Case manager	Cartella clinica
	Somministrazione dei questionari psicometrici tf (entro 15 gg dalla fine del percorso)	Sezione cartella clinica	100%	annuale	Case manager	Cartella clinica

ATTIVITA'	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PERIODI CITA' DI VERIFICA	RESPONSA BILE DELLA VERIFICA	UBICAZIONE
Dimissioni concordate	Valutazione della durata concordata con servizi	Sintesi di percorso	85%	annuale	Coordinatore Clinico	Cartella clinica
Failure to engage	Interruzione dell'assessment	Sintesi del percorso	5%	annuale	Coordinatore Clinico	Cartella clinica
Drop out	Interruzione del percorso in fase intensiva o di reinserimento progressivo	Sintesi del percorso	10%	annuale	Coordinatore Clinico	Cartella clinica
Conclusione dei percorsi	Relazione finale	Relazione finale	100%	Annuale	Coordinatore clinico	Cartella clinica
Somministrazione questionario di gradimento	Valutazione del gradimento	Questionario compilato	100%	annuale	Direttore Sanitario	Documentazione amministrativa
Formazione	Partecipazione riunione d'equipe	Registro presenze	95%	Trimestrale	Coordinatore clinico	Segreteria
	Partecipazione supervisione mensile	Registro presenze	95%	Trimestrale	Coordinatore clinico	Segreteria
	Ore formazione	Registro presenze	>70% Presenze/ore formazione	semestrale	Coordinatore clinico	Segreteria

ATTIVITA'	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PERIODI CITA' DI VERIFICA	RESPONSA BILE DELLA VERIFICA	UBICAZIONE
	Diffusione documento politiche aziendali	Ricevuta per accettazioni	90%	triennale	Coordinatore di struttura	Segreteria
Ricerca	Valutazione esiti	Testistica in cartella	100%	annuale	Responsabile della ricerca	Cartella clinica
	Valutazione processi	Verbali equipe	95%	annuale	Coordinatore Clinico	Segreteria
	Pianificazione della ricerca	Verbale riunione d'equipe	100%	annualmente	Responsabile della Ricerca	Segreteria
Consenso informato	Consegna Consenso informato	Modulo in cartella clinica	100%	annuale	Psichiatra/ NPI referente	Cartella clinica

Tra gli indicatori più significativi vi sono quelli che attestano che la maggior parte degli operatori ha frequentato corsi di formazione.

Il responsabile delle attività di valutazione e miglioramento della qualità è il Responsabile dei Servizi di Supporto che presiederà che il responsabile della verifica di ogni indicatore effettui la verifica nei tempi concordati e presenterà al Direttore Sanitario e al Direttore Area Clinica la situazione su base annuale, in modo che vengano adottate le necessarie azioni correttive.

Il responsabile delle attività di valutazione e miglioramento della qualità, sulla base della verifica degli indicatori monitorati, redige su base annuale una relazione che viene presentata al Direttore Sanitario e al Direttore Area Clinica e a tutti gli operatori. Sulla base di questa relazione, vengono attivati almeno tre gruppi di miglioramento della qualità, che coinvolgeranno gli operatori della struttura.

Questo ha l'obiettivo di incentivare tutto il personale alla cultura della qualità, favorendo il coinvolgimento degli operatori nei gruppi di miglioramento. I gruppi qualità vengono coinvolti anche nella valutazione dell'appropriatezza degli interventi. Gli interventi di miglioramento riguardano almeno l'uso appropriato dei farmaci e l'appropriatezza delle prese in carico.

Il responsabile attiva programmi di valutazione e miglioramento delle attività, selezionati in rapporto alle priorità individuate.

La raccolta di regolamenti interni e linee guida per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti viene confermata e aggiornata ogni tre anni.

Annualmente la struttura organizzativa effettua al proprio interno o partecipa ad un progetto di valutazione e verifica della qualità, favorendo il coinvolgimento di tutto il personale. La relazione finale includerà anche un riepilogo annuale delle eventuali azioni legali subite.

Privacy

RFL, il suo personale e i suoi collaboratori sono tenuti, nell'attuazione della presente procedura al rispetto della vigente normativa in materia di privacy come da istruzioni ricevute, nomine e ogni altra misura tecnico organizzativa predisposta dal Titolare del Trattamento.