

 ADEX LAZIO s.r.l. Assistenza Domiciliare	 PERRY JOHNSON REGISTRARS, INC.	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
				Data emissione	16/12/2024
				Revisione	01
				Data revisione	20/06/2025
				N. Pagine	54
MANUALE QUALITÀ					

Data Emissione	Realizzato da:	Verifica	Approvazione
01/07/2024	Direttore Sanitario	Amministratore Delegato	

STATO DELLE REVISIONI

N. Rev.	Pagg.	Motivazione Della Revisione	Data
1		Revisione logo intestazione	20/06/2025

LISTA DI DISTRIBUZIONE COPIA

N°	Destinatario	Ruolo	Data	Firma

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

SOMMARIO

1.	Premessa	3
2.	Obiettivo.....	4
3.	Assistenza Domiciliare Integrata	4
4.	Contesto Organizzativo	5
5.	Visione Aziendale.....	9
6.	Strategie E Valori	10
7.	Qualita' Del Sistema Sanitario.....	13
	7.2 LE DIMENSIONI DELLA QUALITÀ.....	15
	7.3 VALUTAZIONI DI STRUTTURA, DI PROCESSO E DI ESITO	17
8.	Metodologia	17
9.	Valore Del Sapere Dei Professionisti.....	21
10.	Sicurezza Delle Cure	22
	10.1 PROGRAMMAZIONE	26
	10.2 STRUMENTI OPERATIVI.....	26
	10.3 TRASPARENZA	28
11.	Innovazione Tecnologica (Hta).....	29
12.	Umanizzazione E Personalizzazione Delle Cure	30
13.	Modelli Organizzativi.....	38
14.	Strumenti Operativi.....	46
15.	Qualita' Percepita Dagli Utenti.....	51
16.	Qualita' Percepita Dai Dipendenti.....	52
17.	Bibliografia.....	53

 ADEX LAZIO s.r.l. Assistenza Domiciliare	 PERRY JOHNSON REGISTRARS, INC.	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
				Data emissione	16/12/2024
				Revisione	01
				Data revisione	20/06/2025
				N. Pagine	54
MANUALE QUALITÀ					

1. PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'assistenza domiciliare come **"la possibilità di fornire presso il domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione."**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha evidenziato la necessità che le organizzazioni sanitarie operino per assicurare alle persone assistite l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure e per questo, i servizi sanitari e sociosanitari sono chiamati ad avviare e garantire percorsi di costante miglioramento della Qualità e Sicurezza delle prestazioni in risposta al sempre più complesso bisogno di salute dei cittadini. Il Ministero della Salute pone come cardine strategico, nelle attività di miglioramento continuo della qualità, la gestione del rischio clinico attraverso lo sviluppo della cultura della prevenzione dell'errore. La Qualità e la Sicurezza sono caratteristiche correlate in primo luogo alla professionalità ed all'approccio adottato da ogni singolo operatore che lavora in prima linea e per questo, accanto ed a supporto degli operatori deve esserci un Sistema di Governance articolato e ramificato, a cui contribuiscono tutte le funzioni dell'organizzazione, che è quello che si cerca di descrivere in questo Piano.

Il Piano Qualità e Sicurezza contiene quindi una serie di obiettivi ed azioni finalizzate a garantire il miglioramento continuo del valore dei servizi per la salute degli assistiti, con un approccio orientato verso tutte le dimensioni della Qualità: sicurezza, efficacia, tempestività, efficienza, equità e centralità della persona assistita.

La qualità dei servizi offerti dall'Azienda è la risultante di un insieme di elementi scientifici, tecnologici, organizzativi, relazionali e di comunicazione in grado di rispondere alle esigenze dell'utenza.

L'Azienda deve avere la capacità di identificare e soddisfare i bisogni presenti e futuri dell'utenza al fine di garantire la conformità di quanto erogato in termini di "buona pratica", sapere e saper fare, saper essere, in una prospettiva generale ispirata al concetto del "miglioramento continuo".

La nostra Azienda ha intrapreso un percorso di qualità, come previsto dal D.Lgs. 502/92 e s.m.i. e non può, quindi, prescindere dal fornire un quadro d'insieme della sua struttura e delle sue modalità operative.

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

2. OBIETTIVO

Obiettivo del Piano della Qualità è sicuramente il miglioramento continuo della qualità nell'organizzazione e deve essere semplice, esplicito e condiviso.

Gli obiettivi specifici sono:

- Partecipazione attiva degli utenti/pazienti e dei professionisti
- Valorizzare gli individui, ampliando la loro capacità di trasformare la realtà in cui vivono, attraverso la responsabilità condivisa
- Umanizzazione delle cure come organizzazione del sistema di cura
- Supportare l'innovazione tecnologica (HTA) promuovendo qualità tecnica ed ecologica
- Valorizzare le risorse umane favorendo la formazione e l'acquisizione delle competenze
- Rinnovare costantemente il Sistema Informativo allo scopo di produrre e distribuire informazioni per supportare le attività di programmazione, controllo e valutazione dell'azienda.

3. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è la formula assistenziale che, attraverso l'intervento di più figure professionali sanitarie e sociali, realizza a domicilio del paziente un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo. Per domicilio s'intende sia l'abitazione del paziente, sia una struttura comunitaria, sia casa di riposo o struttura residenziale permanente. Si caratterizza per l'integrazione delle prestazioni offerte, legate alla natura e ai bisogni a cui si rivolge.

L'obiettivo è il miglioramento della qualità della vita del paziente e l'umanizzazione del trattamento, in un contesto familiare certamente più idoneo, in particolare per il paziente anziano.

Nell'assistenza domiciliare la presa in carico è la fase in cui si conosce direttamente il paziente e l'ambiente fisico e socio-familiare in cui vive; si mettono le basi per costruire un rapporto di fiducia tra infermiere e paziente, fra l'equipe delle cure domiciliari, il paziente e la sua famiglia. La presa in carico del paziente è globale e appunto nella sua globalità includiamo la sfera fisica, psicologica, sociale, familiare e ambientale.

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2	Documento	
		Data emissione	16/12/2024
		Revisione	01
		Data revisione	20/06/2025
		N. Pagine	54
MANUALE QUALITÀ			

4. CONTESTO ORGANIZZATIVO

ADEX LAZIO nasce nel 2023 per intuizione di un gruppo di soci privati con una storia ricca di successi nella medicina polispecialistica. L'iniziativa sorge con l'obiettivo di offrire al cittadino, che si rivolge ad ADEX LAZIO, una proposta più efficiente di assistenza domiciliare integrata, applicando il modello competitivo e le conoscenze in campo ospedaliero già maturate dai soci in trent'anni di esperienza.

ADEX LAZIO è assolutamente all'avanguardia a livello di tecnologie e dispone di personale altamente qualificato ed attento alle necessità socioassistenziali del paziente.

ADEX LAZIO è accreditata dalla Regione Lazio per l'attività di **assistenza domiciliare integrata** che offre gratuitamente, in convenzione con la propria ASL, ad ogni cittadino del Lazio che ne faccia richiesta.

Il servizio di **Assistenza Domiciliare Integrata** può essere richiesto all'ASL di riferimento direttamente dal **medico di famiglia del paziente**, dal **medico ospedaliero** o da un **assistente sociale**. A seguito di valutazione da parte dell'ASL, viene redatto un **Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)** che identifica le prestazioni da eseguire e la frequenza degli interventi.

La Regione Lazio conferisce al paziente piena libertà sulla struttura accreditata da cui farsi assistere, mettendo in primo piano la sua serenità. La persona bisognosa di cure ha il diritto di sentirsi assistito da professionisti di cui si fida. Noi condividiamo pienamente questo principio e ne abbiamo fatto la nostra filosofia di lavoro da oltre trent'anni.

Il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata può essere richiesto da chiunque abbia una parziale o totale non autosufficienza, anche solo temporanea, che richiede il supporto medico o infermieristico. L'erogazione del servizio non ha costi, in quanto coperti dal SSN.

ADEX LAZIO mette a disposizione un'equipe di medici specialisti, infermieri, terapisti della riabilitazione ed operatori sociosanitari per garantire il pieno rispetto delle cure previste dal PAI.

Inoltre, eroghiamo prestazioni in regime privato come:

Prestazioni Infermieristiche

- Medicazioni semplici o complesse
- Flebo e iniezioni

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

- Prelievi ematici e raccolta dei campioni biologici
- Cateterismi vescicali (gestione/cambio catetere)
- Clismi evacuativi
- Emotrasfusioni
- Misurazioni parametri vitali
- Gestione nutrizioni artificiali
- Gestione e controllo stomie
- Educazione sanitaria

Prestazioni Riabilitative

- Logopedia
- Riabilitazione neurologica, ortopedica e respiratoria
- Terapia occupazionale
- Terapia della psicomotricità infantile

Diagnostica Domiciliare

- Elettrocardiogramma
- Holter cardiaco e pressorio
- Ecografia, Ecocolordoppler
- Radiologia e prelievi ematici

L'assistenza infermieristica che viene offerta a domicilio si rivolge sia al paziente sia a chi quotidianamente lo assiste (caregiver). Il suo fine è di migliorare le condizioni di vita del paziente assicurandone una continua interazione con l'ambiente familiare. Questo tipo di assistenza si basa sull'approccio cognitivo completo delle necessità non solo sanitarie dell'utente associate a valutazioni dell'ambiente domiciliare, tenendo conto dei limiti e delle opportunità che può offrire l'entourage casalingo.

L'infermiere domiciliare agisce non diversamente dai colleghi presenti nelle aziende ospedaliere e ha la responsabilità generale dell'Assistenza Infermieristica nel rispetto di quanto definito nel nostro Profilo

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

Professionale (Decreto Ministeriale 739/'94). Per le attività comprese nella sfera di azione specifica ha piena autonomia tecnico funzionale. L'infermiere a domicilio inoltre assicura la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche e interviene nella:

- **Valutazione** tecnico professionale dei bisogni di assistenza infermieristica della persona in funzione della gestione dell'utente a domicilio.
- **Pianificazione** dell'assistenza infermieristica con definizione quantitativa, qualitativa e frequenza degli interventi infermieristici.
- **Esecuzione e valutazione** degli interventi infermieristici domiciliari sia diretti (assistenza, educazione, relazione), che indiretti (gestione organizzativa).

Il Servizio di Assistenza Domiciliare predisposto dalla ADEX LAZIO prevede sette fasi:

- **Prima Fase: pre-accoglienza** - Il familiare o l'utente contatta il centralino dell'ADEX LAZIO SRL lasciando il proprio nominativo e l'indirizzo ed eventuale recapito telefonico. Il Coordinatore del servizio (se non presente nella fascia oraria della chiamata) provvede a ricontattare l'utente o la famiglia entro le ventiquattro ore lavorative successive.
- **Seconda Fase: presa in carico** - Viene fissato e definito un incontro al domicilio dell'utente. L'incontro, in cui vengono rilevati i dati ed i bisogni della persona da assistere, è rappresentato dal colloquio. Esso rappresenta il primo punto d'incontro con l'ospite o con i suoi familiari e venendo effettuato al domicilio della persona, rappresenta un momento molto importante sia per l'utente e i suoi familiari che per l'equipe del ADI. Viene effettuato dal coordinatore del servizio e/o dall'operatore che prenderà in carico la persona con l'utente ed i suoi familiari o care-giver. Il colloquio ha i seguenti obiettivi:
 - Raccogliere informazioni sull'utente riguardanti gli aspetti assistenziali (abilità funzionali, capacità residue, ecc.) e relazionali, informazioni sulle abitudini, gli interessi, il personale per impostare il piano di intervento nel migliore dei modi (Schede di rilevazione dei bisogni, scale di valutazione).
 - Farsi conoscere dai familiari e dall'utente sia come personale che come servizi.

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

- Verificare l'idoneità dell'utente per l'accoglimento, in modo che i servizi erogati rispondano alle esigenze della persona. L'idoneità è condizionata dalle condizioni fisiche e psico-comportamentali dell'ospite e quindi dal tipo di assistenza che tali condizioni rendono necessaria per poter assicurare una risposta adeguata;
- **Terza Fase: stesura di un piano di intervento.** Si prende visione del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) predisposto dall'ente inviante; viene stilato un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) che risponda alle richieste e nel quale vengono definiti i giorni, gli orari, le tipologie di prestazioni, che verranno effettuate e che viene consegnato all'utente;
- **Quarta fase: attuazione del piano di intervento.** Si erogano le prestazioni previste e programmate. Il servizio verrà attivato entro 72 ore dalla formale richiesta, con primo contatto con utente e/o caregiver entro 24 ore dall'assegnazione del piano terapeutico. Viene compilata una cartella domiciliare in cui, oltre alle valutazioni funzionali (scala di Barthel, IADL, Tinetti), vengono pianificati gli interventi e vengono registrati, ad ogni accesso, le prestazioni effettuate, il tempo dedicato, le eventuali comunicazioni ai familiari e a gli altri operatori che a qualsiasi titolo abbiano in carico l'utente (Ass. Sociale, Medico di Medicina Generale, ...). Tutte le prestazioni di assistenza diretta alla persona vengono effettuate seguendo i protocolli in uso nel servizio. Viene effettuata comunicazione al personale di riferimento dell'ASL della data di inizio e delle modalità di erogazione del servizio
- **Quinta fase: verifica del raggiungimento degli obiettivi assistenziali.** Il coordinatore attraverso uno strumento scritto appositamente predisposto verificherà il raggiungimento degli obiettivi assistenziali previsti.
- **Sesta fase: customer satisfaction** - All'utente e/o ai familiari viene consegnato un questionario di valutazione della qualità del servizio che, dopo la riconsegna, contribuirà a costruire un archivio dati, i cui risultati saranno disponibili per il Riesame della Direzione e per definire sempre meglio le politiche assistenziali dell'organizzazione.

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

- **Settima fase: raccolta sistematica e creazione di un report dei dati.** Gli operatori avranno a disposizione moduli in cui raccolgono dati e bisogni degli utenti. Ogni mese verranno elaborati report sulle attività svolte, gli utenti seguiti, le risorse umane e i materiali impiegati.

Attenzione focalizzata sul Paziente

L'importanza nell'individuare, comprendere e soddisfare le aspettative e le esigenze (esplicite ed implicite) dei pazienti e delle altre parti interessate (stakeholders), ha portato la struttura a progettare e implementare un sistema di analisi e monitoraggio per:

- La conoscenza dei propri pazienti e delle loro famiglie
- La chiara individuazione delle loro esigenze/fabbisogni;
- La formalizzazione e traduzione di esigenze/fabbisogni in requisiti.

L'identificazione e la definizione dei requisiti dell'Utente viene effettuata con lo strumento del PAI e delle Schede di Valutazione Multidisciplinare, che vengono somministrate periodicamente per verificare l'andamento dell'assistenza. Anche i "Questionari di Soddisfazione" aiutano a far emergere eventuali osservazioni e suggerimenti per il miglioramento del livello di soddisfazione dell'utente.

5. VISIONE AZIENDALE

Nell'adempiere alla sua missione istituzionale l'Azienda si ispira ai seguenti principi:

- Efficacia delle prestazioni erogate;
- Equità di accesso alle prestazioni efficaci;
- Trasparenza e miglioramento condiviso della qualità;
- Efficienza organizzativa e produttiva;
- Coinvolgimento degli operatori nella responsabilizzazione al risultato;
- Soddisfazione dei cittadini/utenti;
- Continua crescita professionale degli operatori;
- Salvaguardia dell'ambiente di lavoro e naturale.

 	PIANO DELLA QUALITÀ LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

6. STRATEGIE E VALORI

Il Piano della Qualità è uno strumento strategico che racchiude e coordina gli obiettivi di qualità di un programma organico, unitario, concreto e trasversale.

Il Piano della Qualità aziendale definisce i valori e gli obiettivi, individua le scelte, gli indirizzi e le modalità operative partecipando alla costruzione della rete territoriale nell'ambito della riabilitazione intensiva ed estensiva per le patologie psichiatriche, patologie da dipendenza. Partecipare attivamente alla creazione della rete assistenziale che ha senza dubbio come fine ultimo anche quello di fornire garanzie per il cittadino.

Viene posto in essere il principio dell'accountability, ossia rendere conto dei risultati e delle risorse utilizzate a tutti i portatori di interesse del sistema assistenziale: ai cittadini, alla comunità, agli operatori sanitari, ai fornitori di beni e al mondo della comunicazione ed informazione.

Partecipazione

I cittadini sono protagonisti attivi delle decisioni in tema di salute. Per far sì che la loro partecipazione sia concreta è necessario promuovere, non solo lo sviluppo delle loro conoscenze per una scelta libera e consapevole dei comportamenti, dei servizi e delle cure all'interno del proprio processo di cura (alleanza terapeutica) con particolare attenzione al consenso informato, ma anche una partecipazione nella decisione e nella verifica dei servizi sanitari (empowerment).

In quest'ottica il riferimento è senza dubbio verso il concetto di *patient engagement o coinvolgimento attivo del paziente*.

Il **patient engagement** vede il paziente attore-protagonista del sistema di cura ed è una delle sfide del futuro per il Sistema sanitario nazionale.

Il paziente attore-protagonista del sistema di cura è la sfida del futuro per il modello *patient engagement*, valorizzandone le scelte consapevoli, le priorità assistenziali, il contesto di vita familiare.

Appare fondamentale il coinvolgimento di tutti i professionisti della salute che gravitano attorno al paziente.

L'Azienda favorisce la partecipazione attraverso l'adozione di idonei processi di comunicazione con l'utenza ed un'adeguata informazione (Carta dei servizi, Brochure informative, eventi).

Umanizzazione

 ADEX LAZIO s.r.l. Assistenza Domiciliare	 PERRY JOHNSON REGISTRARS, INC.	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
				Data emissione	16/12/2024
				Revisione	01
				Data revisione	20/06/2025
				N. Pagine	54
MANUALE QUALITÀ					

L'umanizzazione è la valorizzazione di utenti, lavoratori e dirigenti nel processo di produzione sanitaria. Valorizzare gli individui significa creare maggiore autonomia, ampliando la loro capacità di trasformare la realtà in cui vivono, attraverso la responsabilità condivisa, la creazione di legami di solidarietà, la partecipazione collettiva ai processi di gestione e di produzione sanitaria.

Nell'ambito sanitario il termine “umanizzazione” assume un significato molteplice che può essere tradotto con i concetti di “accoglienza”, “ospitalità”, “comprensione”, “informazione”. L'umanizzazione va intesa come l'insieme dei comportamenti acquisiti e fatti propri dal sistema sanitario per fornire un servizio rispettoso delle esigenze relazionali delle persone che vi accedono, senza trascurare gli aspetti organizzativi, burocratici e strutturali.

L'efficacia del sistema salute è inoltre fortemente legata alla qualità delle relazioni umane che si stabiliscono tra i professionisti e gli utenti nel processo di cura.

Il “prendersi cura” delle persone e non della sola malattia, della disabilità o della fragilità, costituisce l'elemento fondamentale per una relazione di vero aiuto.

L'Azienda ritiene che l'umanizzazione sia il principio che sottende a tutte le attività svolte e pertanto è molto attenta affinché questo principio non venga mai disatteso dai propri dipendenti.

Innovazione e organizzazione

L'organizzazione sanitaria rappresenta per dimensioni, complessità e varietà uno dei contesti dove lo sviluppo di innovazioni appare più necessario e, al tempo stesso, più difficile da realizzare. Tecnologie sofisticate, professionalità evolute e iper-specializzate, servizi e prodotti estesi e diversificati a seconda del contesto territoriale e di cura si combinano in una serie di processi dove il rigoroso rispetto delle procedure si deve sposare continuamente con la gestione di emergenze e di imprevisti. Se si vogliono innovare i servizi, come oggi appare sempre più urgente, occorre, quindi, mettere mano ad una macchina complessa, gestendo dinamicamente fattori di varia natura (tecnica, politica, culturale, normativa, manageriale, sociale, psicologica, ecc.) che interagiscono reciprocamente in un gioco di interdipendenze difficilmente prevedibile.

Nel settore sanitario, in particolare, l'attenzione è stata rivolta soprattutto alle innovazioni tecnologiche e in particolare all' *e-health*, concetto nel quale vengono inclusi tutti i servizi che si avvalgono delle ICT in campo

 ADEX LAZIO s.r.l. Assistenza Domiciliare	 PERRY JOHNSON REGISTRARS, INC.	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
				Data emissione	16/12/2024
				Revisione	01
				Data revisione	20/06/2025
				N. Pagine	54
MANUALE QUALITÀ					

sanitario, da quelle più tradizionali, come la telemedicina, a quelle più gestionali, come la cartella clinica elettronica, a quelle più amministrative, come la fornitura e l'acquisto di beni e servizi.

L'organizzazione degli assetti e dei percorsi non può prescindere dalla spinta dei continui avanzamenti delle scienze. Il Piano della qualità può, dunque, efficacemente supportare la messa in atto di nuove dimensioni per la costruzione di gestioni non rigide e pronte a trasformarsi in base alle esigenze organizzative emergenti, alle scoperte scientifiche, alle innovazioni tecnologiche e ai bisogni delle persone.

La qualità tecnica

Le attrezzature incidono sull'esito/risultato del prodotto/servizio. L'organizzazione deve garantire il possesso:

- Dei requisiti stabiliti per legge
- Delle caratteristiche strutturali e funzionali previste per l'erogazione delle specifiche attività

La qualità ecologica

Il contesto in cui si realizza un'attività condiziona la realizzazione dell'attività stessa: qualità ecologica

L'organizzazione deve:

- Programmare gli acquisti di attrezzature
- Garantire la gestione delle modalità di intervento per la manutenzione delle strutture note a tutti gli operatori.

Risorse Umane

Il personale che esegue attività che influenzano la qualità del prodotto deve essere competente sulla base di un'appropriata istruzione, formazione, abilità ed esperienza.

L'organizzazione deve:

- Garantire sviluppo e mantenimento delle competenze attraverso la formazione;
- Definire i percorsi per l'inserimento del personale;
- Garantire e dimostrare che il personale sia qualificato per svolgere i compiti assegnati
- Provvedere ad occasioni di incontro per condividere le competenze e le conoscenze acquisite

Sistema Informativo

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

Un sistema informativo è l'insieme dei flussi di informazione gestiti all'interno di una organizzazione. È una componente fondamentale di ogni organizzazione.

È l'insieme dei processi che gestiscono la risorsa informazione.

I processi, per poter operare, richiedono la conoscenza della risorsa o delle risorse su cui agiscono. In altri termini, hanno bisogno di informazione, che costituisce anch'essa una risorsa aziendale, una risorsa molto importante (se non la più importante!).

Ogni organizzazione, per il suo funzionamento, deve disporre di informazioni accurate e deve poterle altresì elaborare tempestivamente.

Il sistema informativo è alimentato da un insieme di persone, risorse, macchine, software e procedure che raccolgono, elaborano e scambiano dati allo scopo di produrre e distribuire informazioni per supportare le attività programmazione, controllo e valutazione dell'azienda.

Sistema INFORMATIVO e INFORMATICO

Il sistema informativo non è il sistema informatico, possono coincidere: un sistema informativo si trasforma in informatico quando una parte di esso viene automatizzata.

La porzione informatizzata del sistema informativo è chiamata sistema informatico, cioè l'insieme delle applicazioni software e degli strumenti hardware che gestiscono i dati e i flussi informativi.

7. QUALITA' DEL SISTEMA SANITARIO

La qualità del sistema sanitario è il risultato di un approccio multidimensionale mirato al ciclo continuo di miglioramento di sei diverse aree: accessibilità, efficacia, efficienza, equità, sicurezza, centralità dell'utenza/paziente.

La valutazione delle performance è il processo attraverso il quale la qualità viene monitorata e/o valutata in termini di raggiungimento degli obiettivi prefissati.

➤ Sicurezza

È il grado con cui vengono evitati i potenziali rischi e minimizzati i danni conseguenti all'assistenza sanitaria e alle prestazioni erogate.

	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

Pertanto, obiettivo prioritario di tutte le organizzazioni sanitarie compresa l'Azienda, è il *Risk Management* che, oltre all'applicazione degli strumenti, deve essere sostenuto radicali progressi culturali e organizzativi.

In particolare, solo considerando l'errore come “difetto del sistema e non del singolo operatore” è possibile mettere in atto adeguate contromisure per aumentare la sicurezza dei pazienti.

➤ **Efficacia**

È la capacità di un intervento sanitario di ottenere gli esiti desiderati: miglioramento della qualità di vita dei pazienti, referti diagnostici rilasciati in tempi brevi.

In altre parole, l'efficacia identifica l'entità dei benefici ottenuti dall'assistenza sanitaria intesa anche come prestazione diagnostica.

Tuttavia, la ricerca sugli esiti (*outcomes research*) è condizionata sia dall'affidabilità e completezza dei sistemi informativi, sia da altri determinanti della salute: fattori genetici e ambientali, cultura e condizioni socioeconomiche. Inoltre, quando si confrontano gli esiti assistenziali ottenuti in periodi diversi o tra organizzazioni differenti (*benchmarking*) sono indispensabili appropriate tecniche statistiche (*risk adjustment*).

➤ **Appropriatezza**

Un intervento sanitario è appropriato se viene erogato “al paziente giusto, nel momento giusto e per la giusta durata” (appropriatezza professionale), nonché “nel setting adeguato e dal professionista giusto” (appropriatezza organizzativa).

Il miglioramento dell'appropriatezza professionale dovrebbe aumentare la probabilità di effetti favorevoli (efficacia) e ridurre al minimo quella di effetti avversi (sicurezza), oltre che ottimizzare l'utilizzo delle risorse, obiettivo primario dell'appropriatezza organizzativa.

➤ **Coinvolgimento degli utenti**

Gli utenti hanno il diritto di partecipare alle modalità di erogazione e valutazione dei servizi sanitari e il loro coinvolgimento può apportare numerosi vantaggi: definire un linguaggio comune, migliorare l'appropriatezza della domanda, identificare priorità, aspettative e bisogni, fornire informazioni sugli esiti a breve e lungo termine, offrire opportunità per risolvere problemi in partnership, sviluppare la conoscenza della percezione sociale di salute.

 ADEX LAZIO s.r.l. Assistenza Domiciliare	 PERRY JOHNSON REGISTRARS, INC.	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
				Data emissione	16/12/2024
				Revisione	01
				Data revisione	20/06/2025
				N. Pagine	54
MANUALE QUALITÀ					

➤ **Equità di accesso**

Si riferisce alla possibilità che ha il singolo utente di accedere ai servizi sanitari (ricovero, prestazioni diagnostiche, prestazioni ambulatoriali specialistiche).

L'equità è condizionata da numerose variabili:

- Appropriatelyzza degli interventi assistenziali
- Capacità dell'utente a raggiungere la sede
- Forme di rimborso delle prestazioni sanitarie.

Un sistema sanitario equo e solidale dovrebbe garantire servizi essenziali a tutti i cittadini, indipendentemente da età, genere etnia, religione, residenza, grado di istruzione, livello socioeconomico.

➤ **Efficienza**

Un sistema sanitario efficiente deve ottenere dalle risorse investite il massimo beneficio in termini di salute.

L'impossibilità di offrire tutto a tutti richiede la definizione di priorità per allocare le risorse in relazione a due dimensioni dell'efficienza economica:

- L'efficienza tecnica che ha l'obiettivo di fornire la massima qualità dei servizi al costo più basso;
- L'efficienza allocativa che definisce le modalità per ottenere dalle risorse disponibili il mix ottimale di servizi e prestazioni per massimizzare i benefici di salute.

In sintesi, l'efficienza allocativa influenza le decisioni di programmazione ed insieme all'efficienza tecnica consente di minimizzare i costi.

7.2 LE DIMENSIONI DELLA QUALITÀ

Da quanto detto finora sulle aree di valutazione si deduce come nell'effettuare una ricerca valutativa della qualità dei servizi sanitari non si possa prescindere dalle tre dimensioni che costituiscono la qualità stessa (Ovretveit):

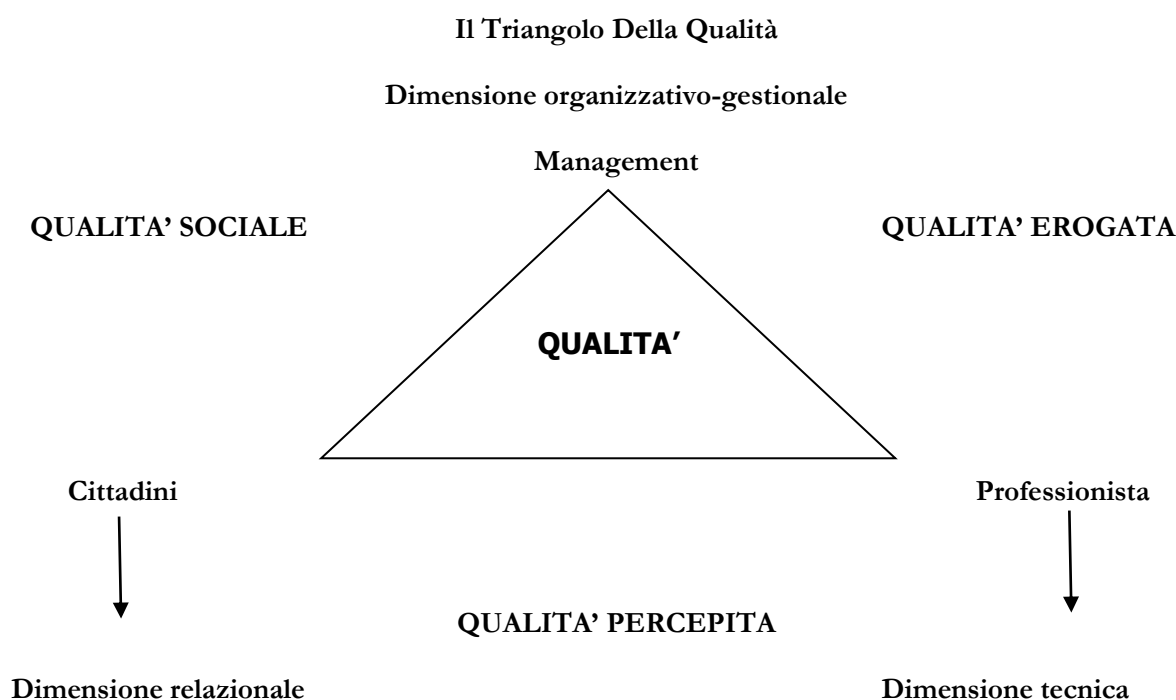
Qualità percepita o qualità valutata dal lato del cittadino-utente: attiene alle questioni dei cittadini sul servizio che viene loro fornito. Non concerne solo gli aspetti più tecnici della salute-malattia ma si riferisce alla capacità relazionale (cortesia, empatia, disponibilità, compliance) degli operatori di rispondere alle esigenze dei fruitori.

 ADEX LAZIO s.r.l. Assistenza Domiciliare	 PERRY JOHNSON REGISTRARS, INC.	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
				Data emissione	16/12/2024
				Revisione	01
				Data revisione	20/06/2025
				N. Pagine	54
MANUALE QUALITÀ					

Qualità professionale: concerne il giudizio dei professionisti sulla misura in cui il servizio soddisfa i bisogni dei cittadini- utenti, così come stabiliti dai professionisti stessi. È connessa alle competenze possedute dal personale che lavora nei servizi valutati e attribuisce importanza all'aggiornamento professionale;

Qualità organizzativa e gestionale: uso efficace e produttivo di risorse per soddisfare le richieste del cittadino-utente, all'interno di limiti e direttive stabilite. La valutazione di questa dimensione della qualità non si realizza semplicemente attraverso la rilevazione numerica delle dotazioni ma anche attraverso la valutazione delle modalità del loro utilizzo, della accessibilità, della relazionalità che intersecano.

Le tre dimensioni correlate tra loro possono essere altrettante lati di un ipotetico triangolo:



La **Qualità erogata** è frutto della interconnessione fra la qualità progettata organizzativo-gestionale e quella tecnico-professionale; **la Qualità percepita** è l'interconnessione tra la qualità tecnico-professionale (qualità erogata) e la dimensione relazionale della qualità; **la Qualità sociale** è il risultato dell'interconnessione fra qualità progettata e qualità attesa (Giarelli 2004).

 ADEX LAZIO s.r.l. Assistenza Domiciliare	 PERRY JOHNSON REGISTRARS, INC.	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
				Data emissione	16/12/2024
				Revisione	01
				Data revisione	20/06/2025
				N. Pagine	54
MANUALE QUALITÀ					

7.3 VALUTAZIONI DI STRUTTURA, DI PROCESSO E DI ESITO

Per quel che riguarda i parametri di valutazione in sanità, il noto paradigma di *Donabedian* (1980), che prevede tre possibili dimensioni rilevanti, rappresenta forse il più classico degli esempi. Tali dimensioni sono:

- **La Struttura (o Input):** si intende ogni elemento materiale e organizzativo stabile, componente lo scenario in cui si verifica il processo di erogazione delle prestazioni assistenziali. Fanno parte di questa specificazione le risorse organizzative umane, fisiche, tecniche e finanziarie per garantire il funzionamento dei servizi. La struttura è l'insieme dei processi.
- **Il Processo:** l'insieme delle azioni che gli operatori eseguono a favore degli utenti/pazienti. Rappresenta l'insieme delle attività assistenziali, determinate dall'interazione che si sviluppa tra l'utente e la struttura. Il processo è una successione strutturata di attività che hanno come fine un risultato (prodotto/servizio).
- **L'Esito o prodotto o servizio erogato (output e outcome):** consiste principalmente nel risultato che si riesce ad ottenere a favore di ciascun utente/paziente, in termini di variazioni dello stato di salute attribuibile al processo assistenziale e che, dunque, deve essere valutato come conseguenza dell'attività sanitaria. Rilevante è anche la visione del paziente, che si traduce nel grado di soddisfazione rispetto all'assistenza ricevuta, nel grado di conoscenza e percezione del proprio stato di salute, del cambiamento di comportamento favorevole al miglioramento della stessa salute.

Per ottenere un processo di qualità che tenga conto della relazione tra le tre dimensioni è necessario rendere dinamica la relazione stessa.

È necessario costruire una rete circolare grazie alla quale la valutazione degli esiti sia in grado di modificare i processi e, in sequenza, di variare anche la struttura che determina poi l'intero sistema.

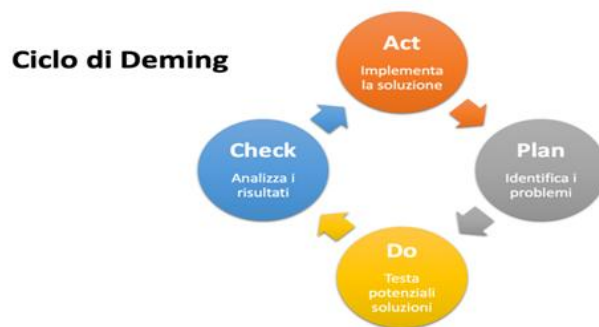
8. METODOLOGIA

L'approccio metodologico di riferimento, teorizzato dallo statistico americano W. Edwards Deming circa a metà del secolo scorso è il PDCA (Plan–Do–Check–Act) o anche chiamato Ciclo di Deming.

Il PDCA rappresenta un ciclo dinamico e continuo; costituisce un'indispensabile guida metodologica per il mantenimento del livello di prestazione di una attività e per il suo miglioramento e si articola nelle fasi descritte

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

nella figura seguente. Verosimilmente Deming non ha inventato nulla, ma ha reso sistematico ed esplicito un processo mentale che si utilizza, spesso in modo inconscio, nelle attività quotidiane.



Il Ciclo PDCA

Plan – Do – Check - Act

Plan: È la fase di pianificazione, nella quale viene individuato l'ambito di analisi, sono definiti i problemi e fissati gli obiettivi. Un primo aspetto da considerare è su quali ambiti è utile impostare degli interventi di miglioramento e, tal proposito, sono utilizzabili alcune griglie di riferimento per la ricerca delle priorità, in base ad esempio a frequenza, gravità, rischio, impatto sociale, costo ma anche in relazione alla efficacia e alla fattibilità degli interventi da sviluppare.

Un buon riferimento per comprendere quanto sia compiutamente possibile aggredire sul campo una criticità è rappresentato dall'acronimo ICA:

- Importanza, come grado di disfunzione organizzativa legato alla criticità
- Complessità, come difficoltà ad intervenire in modo efficace sulla criticità
- Affrontabilità, come potere di intervento dell'attore in campo sulla criticità.

È ovvio che se l'importanza della criticità è modesta è utile orientarsi verso altre più importanti, se la complessità è bassa con importanza elevata è necessario invece intervenire in modo tempestivo, se invece l'affrontabilità ha pochi margini di lavoro ci si deve indirizzare su altro.

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

Il “*focus group*” è un piccolo gruppo di persone interessate ad un tema, in cui ognuno è chiamato a dire la sua opinione e a discutere sul tema prescelto; il gruppo è guidato da un moderatore, che sollecita le diverse opinioni.

Il *brainstorming* (letteralmente: tempesta cerebrale) è una tecnica per far emergere idee volte alla ricerca/risoluzione di un problema. Sinteticamente consiste nel proporre ciascuno liberamente idee di ogni tipo, senza censura. Il risultato principale di una sessione di brainstorming può consistere in una lista di idee per un approccio ad una soluzione successiva, o in una lista di idee che si trasformeranno nella stesura di un programma di lavoro per trovare in seguito una soluzione.

Tipicamente gli ambiti di analisi vanno espressi evidenziando la situazione osservata e la situazione attesa, in modo quantitativo utilizzando specifici criteri, indicatori e standard di riferimento come di seguito esplicitato. Tale approccio costituisce il momento che viene identificato come “*ciclo della gestione*”.

Nel caso non emergano evidenti scostamenti tra la situazione attesa e quella osservata, ci si “congratula” e si mantiene sotto controllo la situazione.

Qualora invece esiti realmente uno scostamento quantificato, l’ambito di analisi diventa un “problema” da affrontare e dunque si entra nella logica del “ciclo della correzione”, che si identifica in pratica nel classico “ciclo della verifica e revisione di Qualità” (VRQ).

Consequenziale alla definizione del problema è la ricerca delle cause determinanti. Qualora le cause di un problema non fossero di facile individuazione, può rivelarsi utile applicare la tecnica delle 6M (materials, methods, man, measurements, machines, management) per avere specifici riferimenti su cui lavorare, utilizzando il diagramma di Ishikawa a “spine di pesce”. Attraverso il diagramma Pareto “a barre” è possibile altresì identificare i determinanti maggiori del problema, su cui agire in via prioritaria con le specifiche soluzioni. L’obiettivo, in sostanza, è l’evento o la condizione di cui vogliamo limitare il verificarsi oppure l’evento o la condizione che desideriamo rendere più frequente attraverso un insieme di azioni declinare nell’ambito della programmazione operativa.

Ogni obiettivo andrà espresso in modo specifico e quantitativo, rimarcando quale porzione di problema di partenza si vuole effettivamente ridurre. L’acronimo di riferimento per la definizione di un obiettivo di buona qualità è **SMART**: -

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

- Specifico
- Misurabile
- Accettabile
- Realistico
- Traducibile in azioni
- Temporizzato.

Do: È la fase di programmazione operativa delle attività che viene condotta secondo la logica del **chi - dove- quando-come**: di solito viene progettato sulla carta l'intervento e poi effettuato su piccola scala.

Il diagramma di Gantt invece è la rappresentazione grafica di un calendario di attività temporizzato, utile al fine di pianificare, coordinare e tracciare specifiche attività in un Progetto dando una chiara illustrazione dello stato d'avanzamento del Progetto rappresentato.

L'intervento deve essere sviluppato secondo le logiche delle prove di efficacia, cioè, ricercando le migliori evidenze della letteratura e contestualizzando queste nella situazione operativa di riferimento.

Check: È la fase di controllo o, meglio, di valutazione/guida, che permette di comprendere se l'intervento stia raggiungendo i livelli di efficacia previsti. Tecnicamente la valutazione è un processo attraverso cui si attribuisce un valore a qualcosa, su scale qualitative o quantitative, utilizzando tecniche e strumenti diversi e lo si confronta con un valore di riferimento esplicito, al fine di esprimere un giudizio di merito.

La valutazione passa dunque attraverso la definizione di criteri, indicatori e standard e l'analisi degli scostamenti tra la situazione osservata e la situazione attesa.

Act: È la fase che chiude il primo ciclo e comporta l'estensione dell'intervento su larga scala se i risultati sono stati favorevoli o il suo ridisegno e dunque il ritorno alla fase Plan in caso di permanenza delle criticità.

Andranno comunque effettuati la valutazione dell'impatto e il monitoraggio a medio-lungo termine (6 mesi-1 anno dopo la fine dell'intervento) in quanto i miglioramenti ottenuti possono non mantenersi nel tempo.

Per capire se la modificazione della situazione realmente sia o non sia frutto dell'intervento effettuato è comunque utile porsi le seguenti domande:

 ADEX LAZIO s.r.l. Assistenza Domiciliare	 PERRY JOHNSON REGISTRARS, INC.	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
				Data emissione	16/12/2024
				Revisione	01
				Data revisione	20/06/2025
				N. Pagine	54
MANUALE QUALITÀ					

- Relazione temporale: l'intervento precede il cambiamento? –
- Plausibilità: esiste un meccanismo d'azione conosciuto? –
- Consistenza: diversi interventi simili portano a cambiamenti simili? –
- Forza o grado: la differenza tra pre e post-intervento è rilevante? –
- Gradiente: all'aumentare dell'intensità dell'intervento si riscontra un aumento del cambiamento? –
- Assenza di fattori di confondimento: è stato analizzato il ruolo di tutti i fattori? –
- Evidenza sperimentale: il meccanismo dell'intervento è stato anche confermato da studi sperimentali?

Risultati attesi

I risultati attesi si concretizzano nei seguenti:

- Ottimizzazione di buone prassi di processo nella organizzazione aziendale
- Miglioramento del controllo dei processi critici
- Sviluppo di un approccio sistemico alla cultura del miglioramento continuo.

9. VALORE DEL SAPERE DEI PROFESSIONISTI

Le risorse immateriali o intangibili sono quei fattori, non dotati di materialità, che stanno acquisendo un ruolo sempre più importante nella gestione delle imprese, quali i marchi, le conoscenze possedute dai membri dell'organizzazione, l'immagine aziendale, l'insieme delle relazioni instaurate con i clienti ed altre risorse ancora. Si tratta di risorse che negli attuali contesti spesso risultano ancor più strategiche delle risorse materiali, ad esempio nella gestione della problematica della mobilità sanitaria.

L'analisi e la valutazione del capitale intellettuale aziendale sono utili per:

- Fornire al management strumenti di misurazione, controllo e governo dei beni intangibili aziendali per gestirli e utilizzarli al meglio nel quadro delle strategie aziendali;
- Migliorare la comunicazione aziendale tramite la redazione di un report dei beni intangibili che dia informazioni sulle risorse immateriali non presenti in bilancio (competenze, relazioni con utenti, efficacia organizzativa, ecc.) ai principali stakeholder aziendali.

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

La valorizzazione delle risorse umane ed il coinvolgimento di tutti i professionisti operanti nell'ambito aziendale — socio sanitario e tecnico - rappresenta una condizione necessaria al perseguimento degli obiettivi previsti dal Piano della Qualità.

L'attività di programmazione aziendale richiede ai professionisti un ruolo strategico nella gestione del cambiamento organizzativo.

La Formazione, quale strumento di "governance" dell'organizzazione sanitaria, è il presupposto necessario al raggiungimento degli obiettivi che tale organizzazione si pone.

La formazione e l'aggiornamento continuo del personale, oltre a valorizzare le competenze professionali e la centralità della persona nei percorsi socioassistenziali, favorisce il cambiamento, sia di tipo organizzativo che culturale, concorrendo al raggiungimento degli obiettivi di salute, al miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza.

La programmazione delle attività formative deve essere attuata basandosi sul fabbisogno formativo, per la cui determinazione è fondamentale il coinvolgimento di tutte i setting aziendali, con il fine di assicurare l'appropriatezza dei percorsi assistenziali, clinici e terapeutici, l'integrazione tra le attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, della medicina territoriale e delle strutture ospedaliere.

10. SICUREZZA DELLE CURE

La Legge 8 marzo 2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"

Deliberazione della Giunta regionale del 4 marzo 2024, n. 264 Modifica alla DGR n. 1093 del 6/08/2018, concernente:

"Recepimento da parte della Regione Marche della Legge 8 Marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (articolo n. 2, comma 4) – Istituzione del centro Regionale per la gestione del rischio Sanitario e la Sicurezza del paziente."

La gestione del rischio clinico in sanità (clinical risk management) rappresenta l'insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti, sicurezza, tra l'altro, basata sull'apprendere dall'errore.

 ADEX LAZIO s.r.l. Assistenza Domiciliare	 PERRY JOHNSON REGISTRARS, INC.	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
				Data emissione	16/12/2024
				Revisione	01
				Data revisione	20/06/2025
				N. Pagine	54
MANUALE QUALITÀ					

Il Clinical Risk Management (Gestione del rischio clinico) rappresenta l'insieme di varie azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull'apprendere dall'errore.

“L'errore è una componente inevitabile della realtà umana, in ogni sistema possono determinarsi circostanze che ne favoriscono il verificarsi; è quindi fondamentale creare condizioni che riducano la possibilità di sbagliare e le conseguenze di un errore quando questo si sia verificato” (James Reason, 2000). L'errore è definito dal Ministero della Salute come 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” (per questa e per tutte le altre informazioni presenti nella sezione “La Gestione del Rischio nelle Aziende Sanitarie”, tratte dal sito del Ministero della **Salute www.salute.gov.it**, si rinvia al seguente percorso web: **“Home > Temi e professioni > Qualità e sicurezza delle cure > Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure > Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio”**

Il **rischio clinico** è stato definito dallo statunitense Institute of Medicine come *“la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, e che sia causa di un prolungamento di tale periodo, di un peggioramento delle condizioni di salute o della morte”* (Kohn, IOM 2000).

Il **Risk Management**, perché sia efficace, deve interessare tutte le aree in cui l'errore si può manifestare; solo una gestione integrata del rischio può determinare cambiamenti nella pratica clinica (Ministero della Salute).

Gli ambiti del rischio nelle organizzazioni sanitarie sono riconducibili:

- Alla sicurezza del paziente;
- Alla sicurezza del personale;
- Alle emergenze esterne;
- Alla sicurezza degli ambienti e attrezzature;
- Ai rischi finanziari per danni alle persone.

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

Il Piano Qualità, promuovendo la gestione del rischio clinico e sostenendo tutte le azioni tese ad addivenire ad un cambiamento del modello culturale, intende affermare la necessità che in tutta l'azienda sia diffusa la cultura che prevede la sicurezza delle cure come parte essenziale del governo clinico.

Elemento fondante è la necessità di imparare dall'errore, migliorare la sicurezza per i pazienti e la tutela degli operatori, con il coinvolgimento dei professionisti e l'utilizzo sinergico e consapevole dei diversi strumenti offerti dal Risk Management.

L'obiettivo è quello di realizzare un approccio integrato alla gestione del rischio clinico e di contrastare il contenzioso medico legale nei setting aziendali, creando un riferimento comune per la definizione del rischio, il trattamento delle informazioni ed il loro utilizzo per il monitoraggio delle attività e per l'individuazione di processi di miglioramento, nel rispetto delle differenze e delle responsabilità.

La gestione del rischio clinico in sanità (o *Clinical Risk Management*) ha come obiettivo quello di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e aumentare la sicurezza dei pazienti e degli operatori. A questo scopo impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni per identificare, valutare e trattare i rischi connessi all'erogazione delle cure.

La regione Lazio, a partire dal 2014, ha istituito un Comitato tecnico di coordinamento sul tema, rimasto in carica fino al 2017. Successivamente all'approvazione della Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie), ha istituito il **Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC)**.

Il CRRC rappresenta un organismo tecnico di supporto alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria e all'Assessorato Sanità e Integrazione Socio-Sanitaria sui temi inerenti la gestione del rischio clinico, compresi quelli relativi al rischio infettivo.

Il CRRC Contribuisce a definire le politiche e gli strumenti relativi alla gestione del rischio clinico e infettivo ed elabora documenti di indirizzo su molti e diversi argomenti: dalle cadute del paziente agli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, dalla sicurezza della terapia farmacologica alla corretta identificazione del paziente, dalla morte materna e neonatale alle lesioni da pressione.

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

Il CRRC coordina la gestione del flusso ministeriale SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità) relativo agli eventi sentinella tramite il portale regionale denominato [SIREs](#) (Sistema Regionale di Segnalazione): i dati caricati sul portale vengono analizzati e diffusi alle strutture del SSR con un report annuale.

Il CRRC coordina anche le attività legate al monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni ministeriali condotto annualmente da AGENAS.

Il Risk Management è una strategia di azione che deve coinvolgere attivamente tutti i livelli dell'organizzazione, valorizzando, altresì, la funzione di promozione e coordinamento svolta dall'area Rischio Clinico, che si realizza attraverso un coinvolgimento armonico di tipo:

- Orizzontale, cioè di tutti i saperi professionali presenti nell'organizzazione (interdisciplinarietà);
- Verticale, cioè di tutti i ruoli funzionali responsabili da un lato della programmazione e monitoraggio e dall'altro della gestione della erogazione dell'assistenza (dalla Direzione Aziendale alla singola unità organizzativa dell'azienda)

Lo sviluppo della gestione del rischio clinico con tutte le unità organizzative consente non solo di affrontare la problematica con chi lavora a stretto contatto con i pazienti, e quindi con livelli di efficacia decisamente superiori, ma anche di creare le condizioni per evolvere verso il cosiddetto Apprendimento Organizzativo, fattore decisivo per il successo dei soggetti organizzativi.

L'Apprendimento Organizzativo secondo Argyris e Schon (*Organizational Learning II: Theory, Method and Practice 1996*)

“Un'organizzazione apprende quando acquisisce informazioni (conoscenza, comprensione, know how, tecniche o pratiche) di qualsiasi tipo e con qualunque mezzo.

L'Apprendimento Organizzativo comprende un contenuto informativo, ossia un prodotto dell'apprendimento; un processo di apprendimento, che consiste nell'acquisizione, elaborazione e immagazzinamento dell'informazione; e un soggetto di apprendimento, colui al quale si attribuisce il progetto di apprendimento.”

Si tratta di definire l'organigramma ed il funzionigramma per la gestione del rischio clinico.

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

10.1 PROGRAMMAZIONE

Il completamento dell'assetto organizzativo di una funzione sistemica come quella relativa alla gestione del rischio clinico deve necessariamente prevedere l'implementazione dei meccanismi operativi, con particolare riferimento alle modalità di assegnazione degli obiettivi di attività alle varie articolazioni organizzative del ciclo di programmazione e controllo.

In tal senso è quindi necessario dedicare alla gestione del rischio clinico una specifica attività di programmazione e controllo basata sulla metodologia di Deming (PDCA), strumento utilizzato per il miglioramento continuo della qualità in un'ottica a lungo raggio.

Quindi sarà impegno specifico della direzione strategica aziendale, attivare tale percorso di programmazione e controllo, focalizzato almeno sui seguenti ambiti:

Sviluppo della sensibilità e delle competenze nell'ambito del rischio clinico attraverso percorsi formativi diversificati per ruoli, competenze e ambiti di attività clinica;

- Adozione e consolidamento dei sistemi di segnalazione, analisi e monitoraggio degli eventi avversi
- Implementazione piena e manutenzione continua delle Raccomandazioni Ministeriali
- Rilevazione informativa sistematica per la mappatura dei rischi
- Sorveglianza delle Infezioni Correlate all' Assistenza (ICA)

10.2 STRUMENTI OPERATIVI

La gestione del rischio richiede l'utilizzo di specifiche metodologie che consentono una analisi strutturata dei processi e quindi la loro revisione nella prospettiva di renderli sicuri. Lo sviluppo e l'attivazione dei diversi strumenti richiede un percorso formativo all'interno dell'azienda e quindi una progressiva attivazione degli stessi, sulla base della complessità dello strumento. Di seguito alcuni strumenti di analisi previsti per la Gestione del Rischio clinico che saranno utilizzati in azienda:

- **Incident reporting**

Un sistema di segnalazione (Incident reporting) è una modalità strutturata per la raccolta di informazioni relative al verificarsi di eventi avversi e/o di quasi eventi, per poter apprendere ed intervenire con le appropriate misure

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

preventive e, più in generale, per diffondere le conoscenze e favorire la ricerca specifica nelle aree a maggior criticità.

Le caratteristiche di questo sistema sono riepilogate nella tabella seguente (Ministero della salute):

- **NON PUNITIVO**: Chi segnala è esente da ritorsioni o punizioni da arte di altri
- **CONFIDENZIALE**: l'identità del paziente, di chi segnala e dell'istituzione non vengono mai rilevate da terzi
- **INDIPENDENTE**: il programma non dipende da alcuna autorità con potere di punire chi segnala o l'organizzazione interessata all'evento
- **ANALISI DA PARTE DI ESPERTI**: le segnalazioni sono valutate da esperti allenati a riconoscere le cause sistemiche sottostanti che comprendono le circostanze cliniche
- **TEMPESTIVO**: le segnalazioni sono analizzate tempestivamente e le raccomandazioni sono rapidamente diffuse a coloro che hanno bisogno di conoscerle, specialmente quando si sono evidenziati gravi rischi
- **ORIENTATO AL SISTEMA**: le raccomandazioni hanno come obiettivo cambiamenti nei sistemi, processi o prodotti, piuttosto che le prestazioni individuali
- **SENSIBILI AL RISPONDERE**: l'agenzia che riceve le segnalazioni è in grado di diffondere le raccomandazioni e le organizzazioni che vi partecipano sono d'accordo nell'applicare le raccomandazioni quando ciò sia possibile.
- **Significant Event Audit (SEA)**

Lo strumento dell'auditing è molto complesso e costituisce il metodo di riferimento per la gestione ordinaria delle organizzazioni sanitarie, poiché integra il confronto tra professionisti con l'analisi delle conoscenze in essere; d'altra parte, la particolare complessità dello stesso ne consente un'applicazione, nell'ambito della gestione del rischio, focalizzata su problematiche di tipo trasversale.

Più agevole il ricorso invece alla metodologia del SEA, che è invece uno strumento più agile e focalizzato, nell'ambito dell'analisi strutturata dei fatti che hanno determinato il caso, a dare risposta a 3 domande cruciali:

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

- In che modo le cose potevano andare diversamente?
- Che cosa possiamo imparare da quello che è successo?
- Che cosa deve cambiare?
- **Root Cause Analysis**

La Root Cause Analysis (RCA) è un metodo che permette di analizzare le cause e i fattori profondi che contribuiscono a un evento avverso e porta a sviluppare raccomandazioni per il miglioramento del sistema.

La RCA comprende:

- La determinazione di fattori umani, tecnologici ed infrastrutturali;
- La determinazione dei processi e sistemi correlati;
- L'analisi dei sottostanti sistemi di causa effetto, attraverso una serie domande;
- L'identificazione dei rischi e dei loro determinanti;
- La determinazione dei potenziali miglioramenti nei processi e nei sistemi.
- **FMEA – FMECA**

L'Analisi dei modi e degli effetti delle insufficienze (FMEA - Failure Mode and Effect Analysis; FMECA - Failure Mode and Effect Criticality Analysis) è un metodo utilizzato per identificare le vulnerabilità dei processi con approccio proattivo da parte di un gruppo di lavoro multidisciplinare. Nell'analisi di un processo sanitario questa metodologia richiede una scomposizione in macro-attività; ogni macro attività viene analizzata sulla base dei singoli fasi e quindi per ciascuna fase l'identificazione dei possibili errori. Si stima quindi la probabilità di errore e, qualitativamente, la gravità delle sue conseguenze.

10.3 TRASPARENZA

L'art. 2, comma 5, della L.n.24 del 08/03/2017, sancisce la predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è inserita nel rapporto del Riesame della Direzione.

I contenuti minimi della relazione sono ovviamente desumibili dal disposto legislativo, e quindi:

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

- N° di eventi avversi (sentinella e non) verificatisi, possibilmente codificati in maniera aggregata per tipologia, sulla base delle informazioni desumibili dalle schede di segnalazione;
- Cause produttive dei suddetti eventi, possibilmente codificate in maniera aggregata per fattori contribuenti, sulla base delle informazioni desumibili dalle schede di segnalazione ed analisi;
- N° di azioni di miglioramento poste in essere.

Ovviamente in una attività di programmazione ordinaria, come precedentemente esplicitato, la fase di Check del PDCA sarà fondamentale per redigere questa parte di relazione.

11. INNOVAZIONE TECNOLOGICA (HTA)

La crescente innovazione tecnologica degli ultimi decenni e la continua introduzione di tecnologie in campo sanitario rendono ormai indispensabile la messa a punto, per le organizzazioni sanitarie, di uno strumento per misurare e valutare la validità e la sicurezza delle tecnologie sanitarie. L'Health Technology Assessment (HTA) può essere considerata il ponte fra la scienza e la programmazione, producendo e sintetizzando le informazioni necessarie ai processi decisionali connessi allo sviluppo dei sistemi sanitari nazionali e regionali, alla gestione delle organizzazioni sanitarie e alle scelte dei comportamenti clinici quotidiani. (Prospettive future del nursing in Health Technology Assessment Pubblicato il 24.08.23 di Francesco Ferroni Aggiornato il 25.08.23).

L'**HTA**, anche detta valutazione delle tecnologie sanitarie, è il campo multidisciplinare di programmazione che si propone di combinare le implicazioni mediche, sociali, etiche ed economiche dello sviluppo, della diffusione e dell'uso della tecnologia sanitaria. Le tecnologie oggetto di valutazione non sono solamente strumenti, attrezzature e farmaci, ma tutti i presidi, le competenze, le procedure e i sistemi organizzativi di supporto ad essi correlati, quali cartelle cliniche informatizzate, telemedicina, home care ed altro.

La Health Technology Assessment è un processo multidisciplinare che valuta le tecnologie mediche, compresi farmaci, dispositivi medici, procedure diagnostiche e terapeutiche, e interventi sanitari in generale. L'obiettivo principale dell'HTA è valutare in modo oggettivo ed esaustivo l'efficacia clinica, l'efficacia economica, l'appropriatezza e l'impatto sul sistema sanitario di queste tecnologie.

L'HTA coinvolge spesso professionisti della salute, economisti, statistici e rappresentanti dei pazienti per raccogliere, analizzare e interpretare dati clinici, economici e sociali. L'obiettivo è fornire raccomandazioni basate

	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2	Documento	
		Data emissione	16/12/2024
		Revisione	01
		Data revisione	20/06/2025
		N. Pagine	54
MANUALE QUALITÀ			

sull'evidenza alle autorità sanitarie e ai decisori politici per aiutarli a prendere decisioni informate sulla copertura, il rimborso e l'uso delle tecnologie sanitarie.

L'Health Technology Assessment è applicabile a vari contesti, come ad esempio:

- **Valutazione dei farmaci:** prima che un nuovo farmaco venga approvato per l'uso, può essere sottoposto a una HTA per valutare la sua efficacia clinica, gli effetti collaterali, la qualità della vita dei pazienti trattati e il costo rispetto ai benefici
- **Valutazione dei dispositivi medici:** dispositivi come pacemaker, protesi articolari o dispositivi di imaging possono essere sottoposti a HTA per valutare la loro sicurezza, la precisione e l'efficacia nel migliorare l'esito dei pazienti
- **Valutazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche:** procedure come la chirurgia robotica, la radioterapia avanzata o nuovi approcci diagnostici possono essere soggetti a HTA per valutare la loro efficacia e il loro impatto sulla pratica clinica
- **Pianificazione sanitaria:** l'HTA può essere utilizzata per valutare quale tecnologia o intervento dovrebbe essere reso disponibile nell'ambito di un sistema sanitario, considerando aspetti come l'accessibilità, l'efficacia e il costo
- **Decisioni di copertura e rimborso:** le autorità sanitarie possono utilizzare le valutazioni dell'HTA per decidere se un certo trattamento, farmaco o procedura debba essere coperto o rimborsato dai programmi di assicurazione sanitaria

In generale, l'**Health Technology Assessment** mira a garantire che le risorse limitate vengano allocate in modo ottimale per fornire cure mediche efficaci ed efficienti, tenendo conto dell'aspetto clinico ed economico.

L'azienda promuove l'adozione della metodologia HTA nei vari setting operativi.

12. UMANIZZAZIONE E PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE

L'umanizzazione delle cure ha rivestito negli ultimi decenni un ruolo di crescente rilevanza nella governance dei Sistemi Sanitari. Lo testimonia, tra le altre, la recente strategia globale promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO - World Health Organization) che invita i Paesi Membri ad attuare servizi integrati e centrati

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

sulle persone. Con servizi sanitari “centrati sulle persone” si intende fare riferimento ad un approccio programmatico ed organizzativo che adotta la prospettiva degli individui, delle famiglie e delle comunità e guarda a loro sia come beneficiari sia come partecipanti attivi di sistemi sanitari, che rispondono ai loro bisogni e preferenze con un approccio “umano” e olistico.

Il dibattito scientifico internazionale ha, inoltre, portato ad indentificare nell’umanizzazione/centralità delle persone una componente essenziale ed imprescindibile della qualità dell’assistenza e ha sottolineato la necessità di valutare e migliorare la qualità dell’assistenza con e secondo il punto di vista dei cittadini e dei pazienti. A tal proposito, è particolarmente rilevante la raccomandazione dell’OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) che, a seguito di una specifica revisione della qualità del sistema sanitario italiano, ha suggerito al nostro Paese di accrescere le opportunità per i pazienti e per i cittadini di fare uso dei dati relativi alla qualità dell’assistenza sanitaria e di essere coinvolti nelle attività volte alla verifica e alla revisione della qualità. In Italia, l’umanizzazione dell’assistenza è da tempo riconosciuta quale obiettivo prioritario del Servizio Sanitario Nazionale (Piano Sanitario Nazionale 2006-2008) e nel Patto per la salute 2014-2016 (Intesa Stato-Regioni, Rep. Atti n. 82/CSR del 10/07/2014) si prevede per la prima volta che nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, le Regioni e le Province autonome si impegnino ad attuare interventi di umanizzazione delle cure (“Il Programma partecipato nazionale per il miglioramento continuo dell’umanizzazione e della sicurezza a cura del Gruppo di lavoro AGENAS - Ufficio “Qualità, sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure”).

Il vissuto della malattia

Il termine “cura” non indica soltanto la staticità di un mezzo (la cura), quanto piuttosto la dinamicità del prendersi cura allo scopo di migliorare la condizione di benessere e di evitare di subire o ridurre le conseguenze di un danno. Ci si può prendere cura di se stessi, di un altro, di una cosa. Nel caso in cui l’altro sia un essere umano in condizioni di malattia, il prendersi cura deve tener presente non solo la complessità delle sue dimensioni (biologica, psicologica, spirituale, relazionale, morale), ma anche come queste vengono condizionate

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

dal vissuto della malattia. La scoperta di essere malati è, infatti, causa di una profonda modificazione della propria realtà interna. Si tratta, d'altra parte, di un'esperienza che ha tre fondamentali caratteristiche:

- **Onnicomprensività**, la malattia coinvolge la globalità delle dimensioni umane e modifica l'immagine di sé.
- **Individualità**, ogni malattia può essere descritta in base a parametri oggettivi caratterizzanti e ricorrenti, ma l'esperienza della malattia è fortemente soggettiva e condizionata dal modo in cui si subisce e si vive. Non esiste, quindi, la malattia ma il malato ovvero un modo di ammalarsi proprio di ciascuno, quale manifestazione di una profonda unità somatica, psicologica, spirituale e morale.
- **Drammaticità**, la malattia mette in discussione il significato e il senso della propria esistenza.

L'esperienza della malattia porta alla luce bisogni fisiologici, affettivi ed estetici. La ricerca di sicurezza, appartenenza, amore, stima, considerazione, realizzazione, spiritualità, è manifestazione di un bisogno che va al di là dell'ambito meramente fisiologico (fame, sete, riposo, sedazione del dolore) è manifestazione della complessità e, nel contempo, dell'unità dell'essere umano. L'umanizzazione delle cure non può non tenere conto di queste complessità e unità, e non informare a questa consapevolezza le relazioni interpersonali, gli aspetti organizzativi e la gestione degli spazi di cura.

Dalla pre-occupazione al prendersi cura

Il prendersi cura dell'altro è, quindi, il risultato di un incontro. In presenza di una malattia, è l'incontro tra chi non è in grado di ristabilire da solo la perdita di quell'equilibrio chiamato "salute" e il medico con gli altri operatori sanitari. Ed è in questo incontro che il medico "professa", dichiara, le proprie conoscenze e competenze e promette di prendersi cura di chi è nel bisogno. La medicina non è, quindi, solo un'interazione clinica; la medicina è quella "relazione" che ha come oggetto la corporeità dell'essere umano e come fine principale, anche se non esclusivo, il ripristino della sua condizione di salute. Un incontro, in cui il medico con gli altri operatori sanitari mette in gioco una *technè iatrica*, ovvero un'abilità a curare. Una relazione bilanciata da parte di chi offre aiuto, il medico e tutti gli operatori sanitari, che posseggono le conoscenze e la competenza per rispondere alla domanda di salute del malato.

Personalizzazione delle cure - Medicina personalizzata

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

Dalla complessità dell'essere umano alla complessità della condizione di malattia e delle sue manifestazioni: la comparsa di più sintomi della stessa patologia; la compresenza di più condizioni patologiche; l'assunzione di più farmaci e loro possibili interazioni. Da qui è derivata la necessità dello studio sempre più approfondito delle caratteristiche genotipiche e fenotipiche (ivi compresi ambiente, stili di vita, comorbidità, stato psico-sociale) del malato allo scopo di integrare tali informazioni e diagnosticare e curarlo nel modo più efficace possibile. È questo l'obiettivo della cosiddetta "Medicina Personalizzata", che, avvalendosi delle nuove tecnologie emergenti e analitiche, cerca di esplorare nuove dimensioni del paziente e di decifrare la miriade di informazioni su di essi acquisite.

Il concetto di Medicina personalizzata può, però, essere interpretato anche in senso più ampio, muovendo da una visione che tenga conto della complessità della "persona" e della molteplicità delle sue dimensioni.

La storia della persona malata, il suo contesto di vita, le relazioni familiari e amicali, il suo ruolo sociale, i punti di forza e di debolezza: tutto concorre ad individuare quale possa essere il modo migliore per prendersi cura. Il superamento, quindi, dell'approccio tradizionale incentrato sulla malattia e sulle decisioni del medico per rendere la persona protagonista delle scelte sulla propria salute (promozione e prevenzione) o sulla propria malattia (processo diagnostico, terapeutico e riabilitativo).

Umanizzazione delle cure come capacità di entrare in relazione

Relazione di cura

Il prendersi cura nasce e si sviluppa all'interno di una relazione tra persone: il malato che chiede aiuto; il medico e gli altri operatori sanitari che professano la propria disponibilità ad aiutare.

Le caratteristiche specifiche di questa relazione di cura possono essere, infatti, così schematizzate:

- La fiducia che il malato deve accordare al medico, il quale, a sua volta, deve ispirare fiducia;
- La competenza del medico;
- L'altruismo del medico.

Queste caratteristiche, che devono essere presenti anche quando tra gli attori della cura ci sono anche gli altri operatori sanitari, possono essere sintetizzate nel modello della "beneficialità nella fiducia" realizzabile solo all'interno di una relazione improntata all'alleanza tra il malato e chi lo ha in cura.

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

La centralità della relazione tra medico e malato viene sottolineata anche dal Ministero della Salute, che così scrive nell'Atto di indirizzo del 2013: *“La relazione medico-paziente è il centro di ogni percorso diagnostico e terapeutico: l'obiettivo prioritario è di prendere in carico la persona in modo globale ed integrato, offrendo piani individualizzati sulla base dei bisogni riconosciuti, nonché l'elaborazione e la definizione di processi di valutazione sia da parte degli utenti che degli operatori sui singoli obiettivi di umanizzazione”*.

Un obiettivo di umanizzazione che “richiede l'analisi dei reali bisogni delle persone, compresa l'analisi dei contesti, delle relazioni tra persone ed ambienti, dei processi cognitivi ed emotivi individuali e di gruppo e della metodologia di analisi della domanda, in modo da individuare i bisogni latenti e di contestualizzare le richieste esplicite”. La relazione tra le varie figure coinvolte: perché anche se il primo professionista con il quale il malato entra in contatto è solitamente il medico, vengono successivamente coinvolti altri operatori sanitari così come i familiari o i caregiver. E nel processo di umanizzazione delle cure concorrono non solo la relazione che ciascuno di loro ha con il malato, ma anche le relazioni che si sono instaurate tra di loro.

La qualità delle relazioni tra i vari attori, la capacità di empatia, la reciproca disponibilità all'ascolto, al sostegno, al confronto, potranno aiutare a dare la giusta risposta a questa richiesta di aiuto. Il modo in cui si accoglie il malato e i familiari, se presenti, è un momento importante del processo assistenziale non solo dal punto di vista strettamente umano, quanto anche per il buon esito dell'intervento medico.

Comunicare nella relazione

Per vivere una buona relazione è necessaria una buona comunicazione. Dal latino *communicare* ovvero mettere in comune, la comunicazione si inserisce in una dinamica di condivisione. La comunicazione non ha, infatti, una dinamica meramente unidirezionale quanto piuttosto bidirezionale, in cui l'ascolto dell'altro ha un ruolo fondamentale. Vi è, infatti, una verità che il medico e chi fa parte della relazione di cura può comunicare al malato; vi è, però, anche una verità che viene dal malato e che può arricchire sia il medico sia chi fa parte della relazione di cura. Per comprendere la dinamica nella relazione di cura, riprendiamo la classica elencazione degli elementi che concorrono a definire il processo comunicativo:

- L'emittente, che invia il messaggio;

 ADEX LAZIO s.r.l. Assistenza Domiciliare	 PERRY JOHNSON REGISTRARS, INC.	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
				Data emissione	16/12/2024
				Revisione	01
				Data revisione	20/06/2025
				N. Pagine	54
MANUALE QUALITÀ					

- Il messaggio, che viene trasmesso;
- Il codice, in base al quale viene trasmesso il messaggio (es. la lingua italiana);
- Il canale, il mezzo di trasmissione del messaggio (es. la voce);
- Il contesto, in cui avviene la comunicazione;
- Il ricevente, che riceve e interpreta il messaggio.

Per poter realizzare una buona comunicazione il ricevente deve essere in grado di decodificare il messaggio, azione che non è sempre facile proprio per la condizione in cui si trova il ricevente, il malato. Una condizione di asimmetria, sia perché il medico ha le conoscenze e le competenze tecniche, sia per la natura della sua condizione di malato che crea uno stato di dipendenza e di vulnerabilità. Il medico e gli altri operatori sanitari devono essere in grado di entrare in sintonia con il malato per metterlo nelle condizioni di recepire in modo esatto quanto viene comunicato. Questa dinamica è fondamentale per il coinvolgimento del malato e per la buona riuscita della cura, una dinamica, come già detto, bidirezionale, in cui il **feedback** da parte di chi riceve la cura rappresenta la verifica dell'efficienza della comunicazione stessa.

Le modalità con cui si può comunicare sono diverse: accanto ad una comunicazione verbale, vi sono una comunicazione para-verbale e non verbale. **La comunicazione verbale** comprende il “contenuto” della nostra comunicazione. Nel caso della relazione di cura, il “contenuto” è, come già detto, la “verità” ovvero le conoscenze sulla condizione del malato, su eventi che richiedono da parte sua una partecipazione attiva, emotiva e decisionale. Non dire la verità significa non riconoscergli la capacità di prendere decisioni importanti per la propria vita

La verità è il contenuto del messaggio che si vuole comunicare.

La verità va offerta all'interno di una relazione comunicativa dopo aver preparato il malato, ed eventualmente la sua famiglia, a riceverla; collocata all'interno di una verità esistenziale; coniugata sempre con la speranza. Una “verità” che va fornita gradualmente perché nessun malato e nessun nucleo familiare, per quanto ben funzionante, può nello stesso momento affrontare una notizia negativa, la conoscenza dei particolari relativi alla condizione specifica, i dettagli sui possibili interventi, ecc.; una “verità” che per essere comunicata richiede

 ADEX LAZIO s.r.l. Assistenza Domiciliare	 PERRY JOHNSON REGISTRARS, INC.	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
				Data emissione	16/12/2024
				Revisione	01
				Data revisione	20/06/2025
				N. Pagine	54
MANUALE QUALITÀ					

diversi colloqui al fine di capire i bisogni specifici di ciascun malato e anche della sua famiglia e per tarare su questa base l'eventuale offerta di supporti e servizi;

Se la comunicazione verbale veicola messaggi di contenuto, **la comunicazione para-verbale** e non verbale veicola, come scrive *Paul Watzlawick*, messaggi di relazione. E proprio la comunicazione della verità in medicina necessita anche di canali para-verbali. Accanto al “contenuto” va attenzionato il “come”.

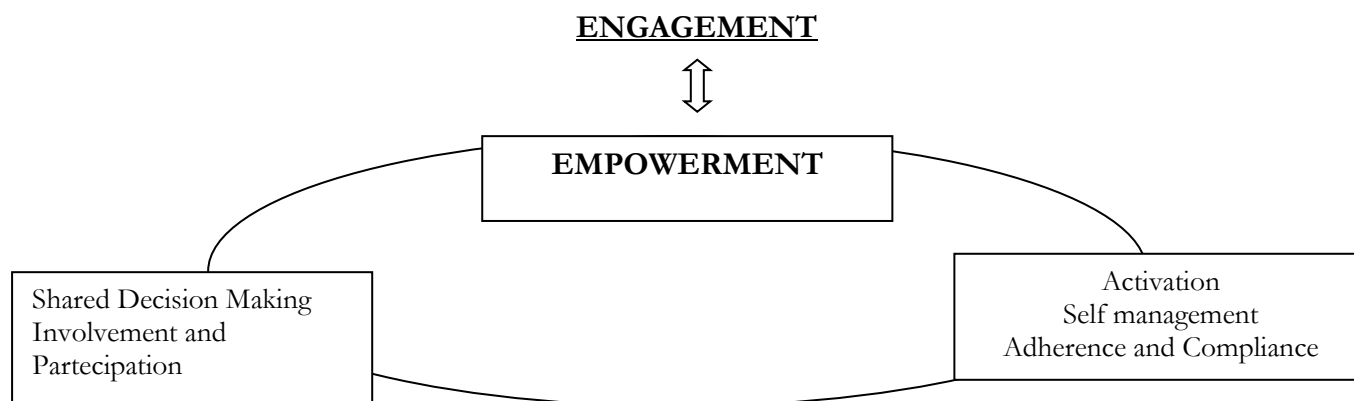
Il tono, la velocità, il timbro e il volume della voce, le pause, possono condizionare la ricezione del messaggio e ricadere su chi ascolta in modo imprevedibile. Non è semplice gestire la comunicazione para-verbale, poiché, mentre nella comunicazione verbale si può decidere a priori cosa dire, è difficile controllare le modalità di espressione. Altrettanto dicasi per la **comunicazione non verbale**, ovvero quanto si trasmette attraverso il corpo, la postura, i movimenti, la gestualità, lo sguardo, le mani.

Quanto detto è particolarmente vero nell'ambito del prendersi cura che è, come già detto, un atteggiamento prima ancora che un insieme di specifici interventi: come dice *Gadamer* (Dove si nasconde la salute) “*La cura supera ampiamente la corsa verso il progresso delle tecniche moderne. Non è solo necessaria la mano, ma anche l'orecchio sensibile, che sa ascoltare la parola giusta, e l'occhio scrutatore del medico, che cerca di dissimularsi in uno sguardo pieno di tatto*”.

Dall'empowerment all'engagement del paziente

La responsabilità prima del comunicare informazioni è senz'altro del medico, anche se altre figure professionali entrano di necessità nella dinamica della cura (l'infermiere, il terapeuta della riabilitazione, lo psicologo, solo per citarne alcune). Un'assistenza complessa e condivisa, in cui le relazioni e le comunicazioni vanno organizzate in modo da garantire un approccio quanto più umano e personalizzato con il malato. I malati vanno sostenuti ed accompagnati nel processo di cura e nelle loro scelte, tenendo presenti le diverse condizioni di malattia, l'età, la personalità, il background culturale, la religione, la situazione socioeconomica. Accompagnare e non sostituire: questo significa mettere in paziente nelle condizioni di avere consapevolezza di sé e delle proprie scelte (**empowerment**), promuovendo il cosiddetto “**patient engagement**”. Si tratta di un modello assistenziale, che vuole rendere il malato, soprattutto se affetto da una patologia cronica o cronicizzata, partecipe nella gestione della malattia e dei propri bisogni di salute. Viene così valorizzato il malato e il suo ruolo nel processo di cura, un coinvolgimento nel contempo cognitivo, emotivo e comportamentale.

 Assistenza Domiciliare	 PERRY JOHNSON REGISTRARS, INC.	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
				Data emissione	16/12/2024
				Revisione	01
				Data revisione	20/06/2025
				N. Pagine	54
MANUALE QUALITÀ					



Patient Engagement (Rielaborato da Graffigna et al. 2016) **Empowerment:** acquisizione della capacità di controllo e potere sul proprio stato di salute, in cui il malato è responsabile delle proprie scelte;

Activation: livello di consapevolezza, abilità, confidenza del malato nel gestire la propria malattia e nel muoversi nel sistema sanitario;

Self management: capacità di controllo quotidiano del malato sulla propria malattia, il che richiede conoscenza delle proprie condizioni e dei trattamenti disponibili;

Adherence: abilità nel seguire la terapia raccomandata, con miglioramento della qualità di vita del malato e riduzione dei costi;

Compliance: conformità tra scelte del malato e indicazione da parte dell'équipe curante;

Shared Decision Making: coinvolgimento del paziente, da parte del medico, nelle decisioni sulla malattia e sui trattamenti;

Involvement and Partecipation: modalità della relazione medico-paziente nel processo decisionale.

La relazione tra chi si prende cura

L'umanizzazione delle cure, in modo particolare nelle strutture sanitarie, passa anche attraverso l'umanizzazione del lavoro di chi si prende cura del malato. Finora si è, infatti, fatto riferimento all'umanizzazione delle cure dal punto di vista del malato. Non vanno, però, dimenticati i bisogni e le aspettative di tutte le figure sanitarie

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

coinvolte nel processo di cura e del prendersi cura. La complessità delle situazioni da gestire, l'organizzazione dell'ambiente di lavoro, la divisione dei carichi di lavoro, potrebbero creare situazioni di disagio, di frustrazione, di incontrollabile stanchezza, fino ad impattare sulla salute mentale come si è evidenziato, in modo particolare, durante la pandemia CoViD-19. Favorire un clima di lavoro sereno, con un'organizzazione adeguata dei turni di lavoro e la disponibilità di supporti psicologici ed emotivi, può aiutare anche a ridurre la comparsa di quella che Christina Maslach definisce la "Sindrome di Burnout". Dal punto di vista comportamentale questa situazione di disagio psico-fisico si traduce nella rinuncia a prendersi le proprie responsabilità, nella riduzione dell'attività lavorativa in quantità e qualità, nella difficoltà di gestire le proprie emozioni. Una vera e propria condizione patologica di stress-lavoro correlata, che richiederebbe di intervenire non solo sul singolo operatore sanitario, quanto piuttosto su tutto il gruppo di lavoro. In questo modo sarà possibile promuovere una condizione di benessere condiviso e rendere i singoli componenti del gruppo di lavoro capaci di reciproco ascolto, comprensione e aiuto. In tal modo si potrebbero anche evitare incomprensioni e dissidi, migliorando sia la propria salute sia il rapporto con il malato, con i suoi familiari o caregiver.

13. MODELLI ORGANIZZATIVI

La World Health Organization (WHO) ha pubblicato, nel 2015, la Strategia globale sui servizi sanitari centrati sulle persone e integrati. Secondo la WHO, nell'approccio Patient Centered Care le prospettive delle persone, delle famiglie e dell'intera comunità sono parte integrante del processo di cura e i sistemi sanitari rispondono alle loro esigenze e preferenze in modi umani e unitari (olistici). Si è assistito, in tal modo, ad un cambio di paradigma: l'assistenza è organizzata sui bisogni e sulle aspettative di salute delle persone anziché sulle malattie.

Sempre secondo il Rapporto, adottando "servizi sanitari incentrati sulla persona e integrati", i sistemi sanitari possono fornire servizi di migliore qualità, finanziariamente sostenibili e più attenti agli individui e alle comunità. Mettendo le persone e le comunità al centro della pianificazione, i servizi sanitari possono diventare più completi, reattivi, integrati e accessibili.

I servizi sanitari integrati sono servizi sanitari gestiti e forniti in modo tale da garantire alle persone un continuum di servizi di promozione della salute, prevenzione delle malattie, diagnosi, trattamento, gestione delle malattie,

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

riabilitazione e cure palliative, ai diversi livelli e luoghi di cura all'interno del sistema sanitario e in base alle loro esigenze nel corso della vita.

A tale scopo un servizio sanitario incentrato sulla persona e integrato dovrebbe essere:

Comprensivo: offrire un'assistenza completa e adattata alle mutevoli esigenze sanitarie e alle aspirazioni delle persone e delle popolazioni, con l'impegno per una copertura sanitaria universale.

Equo: fornire cure accessibili e disponibili a tutti.

Sostenibile: fornire un'assistenza che sia efficiente, efficace, e contribuisca allo sviluppo sostenibile.

Coordinato: garantire che l'assistenza sia integrata intorno alle esigenze delle persone e coordinata in modo efficace tra i diversi fornitori e contesti.

Continuo: fornire assistenza e servizi lungo tutto il corso della vita.

Olistico: incentrato sul benessere fisico, socioeconomico, mentale ed emotivo.

Preventivo: affrontare i determinanti sociali di malattia, attraverso azioni di sanità pubblica e promozione della salute.

Empowering (che promuove consapevolezza): supportare le persone a gestire e ad assumersi la responsabilità della propria salute. –

Orientato agli obiettivi: attenzionare come le persone prendono decisioni sanitarie, valutano i risultati e misurano il successo.

Rispettoso, della dignità delle persone, delle circostanze sociali e delle sensibilità culturali. **Collaborativo:** sostenere la costruzione di relazioni, il lavoro di gruppo e la pratica collaborativa nell'assistenza primaria, secondaria e terziaria e con altri settori.

Co-prodotto, attraverso partenariati attivi con persone e comunità a livello individuale, organizzativo e politico.

Dotato di diritti e responsabilità, che tutte le persone dovrebbero aspettarsi, esercitare e rispettare.

Governato attraverso la responsabilità condivisa, degli operatori sanitari nei confronti della popolazione locale per la qualità dell'assistenza e i risultati sanitari.

Informato sulle prove, in modo che le politiche e le strategie siano guidate dalle migliori prove disponibili e supportate nel tempo, attraverso la valutazione di obiettivi misurabili per migliorare la qualità e i risultati.

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

Guidato dal pensiero dell'intero sistema, che vede il sistema sanitario nel suo insieme e cerca di capire come le parti che lo compongono interagiscono tra loro e come il sistema è influenzato da fattori esterni.

Etico: assicurare che l'assistenza ottimizzi il rapporto rischio-beneficio in tutti gli interventi, rispetti il diritto dell'individuo a prendere decisioni autonome e informate, rispetti la privacy, tuteli i più vulnerabili e garantisca l'equa distribuzione delle risorse

➔ INTEGRAZIONE DELLE CURE, COORDINAZIONE E CONTINUITA'

La WHO considera congiuntamente sia la centralità delle persone sia l'integrazione delle cure. La presa in carico del malato dovrebbe essere quindi coordinata e continua, in un sistema in cui tra i servizi territoriali e ospedalieri vi sia condivisione di informazioni e continuità di cura.

Con il continuo aumento delle malattie croniche, dell'età media dei malati e delle comorbidità, si assiste al progressivo aumento di richieste di ricovero urgente in ospedale, in presenza di situazioni non più gestibili dal servizio sanitario territoriale o per il sopravvenire di eventi acuti. In questi casi, per umanizzare le cure sarebbe necessario migliorare la gestione delle patologie croniche, al fine di prevenire e ritardare eventuali scompensi che richiedano il ricorso alle cure ospedaliere. Il monitoraggio dei parametri (es. glicemia, pressione arteriosa), l'adeguamento delle terapie, deve avvenire con il coinvolgimento attivo dei malati, della famiglia e dei caregiver, in un processo di collaborazione con i servizi territoriali. D'altro canto, i servizi di medicina di base dovrebbero essere forniti di strumenti diagnostici utili alla risoluzione di condizioni per le quali si sarebbe richiesta l'ospedalizzazione (ad esempio, ECG, enzimi cardiaci rapidi, emogasanalisi, emocultura, ecc.). La circolarità delle informazioni sanitarie dei malati, tra strutture dell'assistenza primaria e ospedali apporterebbe un miglioramento nella gestione delle cure. A questo scopo dovrebbero essere introdotti dei formati standard per le cartelle cliniche elettroniche e sistemi di scambio delle informazioni, nel rispetto della privacy e del corretto trattamento dei dati personali

La partecipazione dei pazienti ai processi di cura e riabilitazione rafforza la loro fiducia e compliance rispetto alle terapie proposte, aumenta il loro senso di responsabilità nella fruizione dei servizi e determina da parte dell'organizzazione sanitaria l'impegno per migliorare la qualità dell'offerta sanitaria. Un paziente coinvolto

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

assume sempre di più il ruolo di protagonista attivo della propria salute e del proprio benessere; pertanto è essenziale un'efficace interazione tra il cittadino/paziente e l'operatore sanitario, attori fondamentali nel percorso di diagnosi e cura. Il coinvolgimento attivo del paziente, la condivisione del proprio piano di cura e assistenza con il medico, il feedback che il paziente attiva sulla qualità dei servizi, concorrono a realizzare efficacemente il principio della centralità della persona.

L'azienda si impegna ad organizzare e formare i propri dipendenti attraverso:

- Informazione corretta e puntuale a pazienti e caregiver familiari
- Formazione professionale ad hoc
- Campagne sociali
- Condivisione buone pratiche
- Monitoraggio dei processi e risultati.

Da tutto questo si evince che non è un percorso individualizzato ma è un processo che prevede più attori che dialogano tra loro.

• **I SERVIZI DI ASSISTENZA ALLA PERSONA**

(Allegato **A** Servizi E Interventi Di Assistenza Alla Persona Nella Regione Lazio - ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI SICUREZZA E SPORT)

La Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" all'articolo 22, comma 4 lettera d) include l'assistenza domiciliare tra i servizi essenziali che vanno garantiti ai cittadini ma soprattutto, l'assistenza domiciliare è oggettivamente un servizio che ha e va assumendo sempre più, con particolare riguardo al progressivo invecchiamento della popolazione, un ruolo centrale nel sistema di welfare regionale.

Il servizio di assistenza domiciliare socioassistenziale nel Lazio è previsto dalla legge regionale del 09 settembre 1996, n. 38 "Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali nel Lazio" all'articolo 22 la quale, però, si limita alla definizione del servizio stesso senza stabilirne le caratteristiche e le modalità di erogazione.

• **SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

 ADEX LAZIO s.r.l. Assistenza Domiciliare	 PERRY JOHNSON REGISTRARS, INC.	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
				Data emissione	16/12/2024
				Revisione	01
				Data revisione	20/06/2025
				N. Pagine	54
MANUALE QUALITÀ					

(Allegato **A** Servizi E Interventi Di Assistenza Alla Persona Nella Regione Lazio - ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI SICUREZZA E SPORT)

Secondo quanto previsto *dal comma 3 dell'articolo 22 della legge regionale n. 38/96, l'assistenza domiciliare, che è costituita da un insieme di prestazioni rese a domicilio, è finalizzata a favorire la permanenza delle persone di cui al comma 2, nel proprio ambiente, ad elevare la qualità della vita delle stesse, ad evitare il fenomeno dell'isolamento e dell'emarginazione sociale.*

Per servizio pubblico di assistenza domiciliare socioassistenziale, di seguito denominato assistenza domiciliare, si intende, pertanto, l'insieme delle prestazioni rese nel contesto di vita quotidiana della persona finalizzati a favorire la permanenza delle persone fragili il più a lungo possibile nel proprio ambito familiare e sociale, elevando la qualità della vita delle stesse e dei membri della famiglia, evitando fenomeni di isolamento e di emarginazione sociale e prevenendo, in tal modo, il ricorso a forme di istituzionalizzazione e favorendo altresì i processi di deistituzionalizzazione. Il servizio di assistenza domiciliare comprende prestazioni di tipo socioassistenziale che si differenziano in base alle singole tipologie di persone destinatarie del servizio, attraverso l'elaborazione e l'attuazione di un piano personalizzato di assistenza, diversificato secondo i bisogni dei beneficiari e gli obiettivi da raggiungere.

Secondo quanto previsto *dal comma 2 dell'articolo 22 della legge regionale n. 38/96, destinatari dell'assistenza domiciliare sono persone anziane e disabili in condizioni di parziale, temporanea o totale non autosufficienza, nonché nuclei familiari con componenti a rischio di emarginazione, con particolare riguardo a soggetti in età evolutiva.*”.

Destinatari, pertanto, dell'assistenza domiciliare sono i minori, le persone con disabilità, anche minori, (ivi comprese le persone affette da patologie cronico-degenerative disabilitanti) e le persone anziane (ivi comprese le persone anziane non autosufficienti affette da patologie correlate all'età) che per la loro situazione personale, familiare e socio-ambientale necessitano di sostegno e affiancamento nell'espletamento delle attività della vita quotidiana e per la loro integrazione sociale.

Secondo quanto previsto *dal comma 4 dell'articolo 22 della legge regionale n. 38/96, le prestazioni socioassistenziali consistono prevalentemente nelle attività di aiuto alla persona, di governo della casa, di supporto nel favorire la vita e la rete di relazioni, nonché in interventi di tipo sociale ed educativo.*

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2	Documento	
		Data emissione	16/12/2024
		Revisione	01
		Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine 54

Le prestazioni di assistenza domiciliare consistono, pertanto, in attività di aiuto alla persona nello svolgimento delle normali attività quotidiane, di cura della persona e dell'ambiente domestico; attività di supporto, in stretto rapporto con la rete familiare e amicale, per favorire lo sviluppo e il sostegno all'autonomia personale e sociale; accompagnamento al di fuori dell'ambiente domestico per mantenere e sviluppare anche con il coinvolgimento della rete dei servizi del territorio, capacità relazionali in contesti di tipo ricreativo-culturale; supporto alla tutela dei diritti connessi alla condizione personale di bisogno; supporto nell'espletamento delle incombenze relative alle ordinarie esigenze pratico-gestionali.

L'accesso al servizio di assistenza domiciliare avviene su domanda dell'interessato, dei suoi familiari o da soggetti giuridicamente incaricati o da soggetti giuridicamente preposti alla tutela della persona destinataria del servizio. La domanda è presentata nelle modalità stabilite dai soggetti pubblici competenti, ai quali spetta anche la regolamentazione dei criteri di accesso e dell'eventuale partecipazione alla spesa.

Rilevazione del bisogno, presa in carico e integrazione sociosanitaria

- **PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO**

Il **PAI** o **Piano Assistenziale Individualizzato**, è il documento di sintesi che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno con l'intento di formulare ed attuare un progetto di cura e assistenza che possa favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per il paziente.

Il PAI può svilupparsi sia durante il ricovero ospedaliero del paziente, sia nelle fasi successive.

Le differenze con il PDTA sono evidenti: mentre nel caso dei Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali si cerca di uniformare e standardizzare gli approcci di cura a determinate categorie di pazienti, attraverso il **PAI** si mira ad individualizzare e quindi a massimizzare la personalizzazione degli stessi.

All'interno del **PAI** trovano spazio elementi di valutazione clinica, assistenziale, sociale, psicologica e linguistico-comunicativa, tutti integrati e condivisi con il nucleo familiare e/o con i caregivers del paziente, in modo da garantirne quanto più possibile l'empowerment.

Il PAI viene applicato per un periodo di durata prestabilita, che tuttavia può subire delle variazioni.

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

Il PAI si sviluppa in quattro fasi:

1. Osservazione
2. Pianificazione
3. Erogazione dell'intervento
4. Verifica dei risultati

Gli **obiettivi presenti nel PAI** sono soggetti a verifica ed adeguamento periodico e per questo motivo è di fondamentale importanza la scelta di indicatori misurabili e quantificabili che possano garantire un costante monitoraggio degli interventi che sono stati attuati.

- **COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA E DEI CAREGIVER**

Assistere una persona cara non autosufficiente ed esserle di aiuto nelle difficoltà di gestione della vita quotidiana costituiscono una funzione cardine delle relazioni di convivenza, basate sulla libera scelta e alimentate da motivazioni affettive e sentimentali.

Le attività normalmente svolte dal caregiver o dalla famiglia consistono nel prestare cure e sostegno a persone non (più) in grado di svolgere le cosiddette “attività della vita quotidiana”, le quali possono essere suddivise in basilari - come alimentarsi, lavarsi, vestirsi, usare la toilette, muoversi in casa ed essere continente - e strumentali: l'uso del telefono, fare acquisti, preparare il cibo, governare la casa, lavare la biancheria, spostarsi fuori casa, maneggiare medicinali e denaro.

Sempre più spesso, tuttavia, il caregiver familiare è impegnato nel fornire prestazioni a carattere sanitario, sulla base di specifiche indicazioni degli operatori sanitari di riferimento, quali, solo per fare qualche esempio, la prevenzione della sindrome di immobilizzazione, dei decubiti, della disidratazione, della stipsi. Da non dimenticare, la gestione difficile e faticosa della persona assistita, in presenza di disturbi mentali e comportamentali. In sostanza, ampia è la gamma degli impegni assistenziali, con forti differenze tra un caso e l'altro, sia per la gravosità, sia per la durata dell'impegno.

Si consideri, inoltre, come la valorizzazione del caregiver a potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) - considerato uno degli obiettivi prioritari che il Servizio sanitario nazionale vuole perseguire in tutto il

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

territorio per garantire alla persona fragile e/o non autosufficiente la permanenza presso il proprio domicilio - comporti il vantaggio di ridurre il ricorso a inserimenti in strutture residenziali, tenendo conto degli effetti psicologici negativi che conseguono all'allontanamento della persona assistita dal proprio ambiente di vita.

Gli interventi per la valorizzazione del caregiver familiare, in primo luogo iniziano dal riconoscimento formale del caregiver familiare quale componente, non professionale, della rete di assistenza domiciliare alla persona. A ciò provvede, nel contesto del sistema integrato dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, il servizio (che può identificarsi nel Punto Unico di Accesso o in altra modalità individuata dalla programmazione regionale) deputato all'accoglienza delle richieste di intervento per la valutazione multidimensionale delle persone in situazione di non autosufficienza e/o disabilità, che necessitano di interventi sanitari, sociosanitari e sociali.

I caregiver familiari formalmente riconosciuti sono valorizzati attraverso i seguenti interventi:

- Coinvolgimento, previo consenso della persona cara assistita, ovvero di chi ne esercita la tutela, nel percorso di definizione e realizzazione del piano assistenziale individuale (PAI);
- Informazione puntuale ed esauriente, da parte dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, previo consenso dell'assistito, ovvero di chi ne esercita la tutela, sulle problematiche di cui soffre la persona assistita, sui bisogni assistenziali e le cure necessarie, sui criteri di accesso alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie, sulle diverse opportunità e risorse operanti nel territorio che possono essere di sostegno all'assistenza e alla cura;
- Individuazione nel PAI del contributo di cura e delle attività di cui può farsi carico il caregiver familiare. Nel PAI sono, inoltre, definiti i supporti che i servizi sociali e sanitari si impegnano a fornire al fine di permettere al caregiver familiare di affrontare al meglio

- **UMANIZZAZIONE DELLE CURE COME UMANIZZAZIONE DEGLI SPAZI DI CURA**

Le caratteristiche degli spazi di cura possono influenzare le condizioni di benessere psico-emotivo e ambientale dei pazienti e di conseguenza i risultati dell'assistenza. Per questa ragione, si parla di umanizzazione degli spazi di cura, ovvero di prendere in considerazione i bisogni e le aspettative della persona malata già in fase di progettazione edilizia della struttura sanitaria. Chi vive una condizione di malattia, di vulnerabilità, sperimenta,

 ADEX LAZIO s.r.l. Assistenza Domiciliare	 PERRY JOHNSON REGISTRARS, INC.	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
				Data emissione	16/12/2024
				Revisione	01
				Data revisione	20/06/2025
				N. Pagine	54
MANUALE QUALITÀ					

inevitabilmente, momenti di importante stress psico-fisico che può essere aumentato o diminuito dall'esperienza sensoriale e psico-cognitiva. Fattori come la luminosità, la disponibilità di spazi, il microclima, gli odori, i rumori, la visione di ambienti sanitari e tecnologici e non domestici, sono tutti elementi che modificano l'esperienza del malato, dei familiari ma anche degli operatori sanitari. Ad esempio, la possibilità di usufruire di spazi aperti, della presenza di opere d'arte, della filodiffusione di musica, delle fragranze, possono migliorare l'esperienza psico-sensoriale. Una ricerca condotta in Italia sull'umanizzazione degli spazi di cura ha evidenziato alcune macroaree di esigenze della persona malata e del personale sanitario:

- Benessere fisico e ambientale: gestione dell'apertura delle finestre, del microclima, dell'illuminazione, del rumore, e l'accessibilità della struttura;
- Esigenze rigenerative: vista verso l'esterno, fruibilità di spazi esterni, rappresentazione grafica di paesaggi e spazi aperti;
- Esigenze di privacy: isolamento acustico e visivo nelle camere di degenza sia durante le cure sia durante le visite dei parenti, oltre che negli spazi adibiti ai colloqui;
- Esigenze di fruibilità e orientamento: disponibilità di indicazioni di facile comprensione;
- Esigenze fisico spaziali: in relazione alla struttura sanitaria (case di cura, ambulatori, reparto di medicina);
- Esigenze psico-emotive: disponibilità di spazi adeguati al personale oltre che ai malati.

14. STRUMENTI OPERATIVI

(PC 11 GUIDA ALLA STESURA DEI PDTA, PROTOCOLLI, PROCEDURE ED ISTRUZIONI OPERATIVE)

- **LINEE GUIDA**

Raccomandazioni di comportamento prodotte attraverso un processo sistematico, allo scopo di coadiuvare gli operatori nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze".

Caratteristiche delle linee guida:

- Costituiscono elementi di referenza per la realizzazione di protocolli
- Sono il frutto di evidenze scientifiche

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

- Sono valutate e validate da esperti
- Sono diffuse ufficialmente da organi autorevoli
- Sono in grado di modificare le conoscenze, le abitudini e i comportamenti dei professionisti
- Costituiscono elementi di referenza per la realizzazione di protocolli
- Sono il frutto di evidenze scientifiche
- Sono valutate e validate da esperti
- Sono diffuse ufficialmente da organi autorevoli
- Sono in grado di modificare le conoscenze, le abitudini e i comportamenti dei professionisti

Obiettivo delle Linee Guida

Ottenere una sintesi delle evidenze scientifiche della letteratura in un determinato Settore

- **PROTOCOLLO**

"Strumento che formalizza la successione di un insieme di azioni fisiche e/o mentali e/o verbali con le quali il "professionista" raggiunge un determinato obiettivo definito nell'ambito della professione"

Obiettivi del Protocollo:

- Omogeneizzare i comportamenti
- Erogare un'assistenza competente ed aggiornata
- Stimolare l'aggiornamento continuo
- Ridurre la complessità dell'assistenza
- Favorire l'inserimento del personale neo-assegnato e/o degli studenti
- Garantire un'assistenza sicura anche in caso di ricambio di personale
- Misurare ed osservare i comportamenti
- Formalizzare il sapere scientifico

Sono creati ad hoc all'interno dell'organizzazione specifica in cui devono essere utilizzati.

Sono prodotti dallo stesso gruppo professionale che li utilizza.

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

Hanno una valenza locale, in quanto tengono in considerazione il contesto organizzativo, le risorse strutturali e umane, presenti nella realtà specifica.

Le Componenti del Protocollo

- La situazione clinica del paziente
- Il problema di pertinenza infermieristica e/o i risultati che si intendono raggiungere
- Le azioni e le procedure da attivare
- Gli indicatori e gli standard di risultato

Struttura del Protocollo

- Chi fa
- Che cosa fa
- Utilizzando quali risorse
- Insieme a chi
- Come vengono attuate le cure previste dal piano di intervento
- Con quali tecniche e metodologie
- Quante volte e in quali orari
- Per quanto tempo

• PROCEDURA

"Rappresentano la forma di standardizzazione più elementare, poiché si riferiscono ad una successione logica di azioni, più o meno rigidamente definite, allo scopo di raccomandare la modalità ottimale di eseguire una tecnica semplice o complessa. "

Le procedure sono costituite da una dettagliata descrizione degli atti che si compiono per realizzare un'attività (infermieristica, medica, operatore di supporto, personale di pulizia, ecc);

Sono di rigida applicazione e non danno possibilità di fare modifiche personali

Sono contenute nei protocolli;

Sono costituite dall'elenco degli atti da compiere.

 ADEX LAZIO s.r.l. Assistenza Domiciliare	 PERRY JOHNSON REGISTRARS, INC.	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
				Data emissione	16/12/2024
				Revisione	01
				Data revisione	20/06/2025
				N. Pagine	54
MANUALE QUALITÀ					

DEFINIZIONE (ISO): Termine che nel sistema ISO indica un documento scritto secondo regole definite che ha lo scopo di facilitare l'uniformità di comportamento da parte di operatori diversi, di rendere più difficile la variazione di comportamento non giustificata e quindi prevenire gli errori.

Comprende:

- Titolo
- Codice di archiviazione
- Scopo di ciò che deve essere fatto, cosa occorre fare, chi lo deve fare (Responsabilità)
- Quando e dove deve essere fatto
- Con quali materiali e strumenti
- Quali documenti vanno compilati
- Come si deve monitorare (verifica)
- Ciò che viene fatto
- I nomi del responsabile della stesura e dell'approvazione
- La data di compilazione e/o di aggiornamento

Una procedura può contenere istruzioni operative, cioè documenti che spiegano in dettaglio come eseguire compiti specifici.

• ISTRUZIONE OPERATIVA

"Rappresenta la descrizione più elementare e si riferisce ad una successione logica di azioni, rigidamente definite, allo scopo di attuare una modalità tecnica ottimale sia semplice che complessa per l'uso di una apparecchiatura o di uno strumento".

Caratteristiche che differenziano le **LINEE GUIDA** dai **PROTOCOLLI**

LINEE GUIDA	CARATTERISTICHE	PROTOCOLLI
Generale	VALENZA	Locale

 ADEX LAZIO s.r.l. Assistenza Domiciliare	 PERRY JOHNSON REGISTRARS, INC.	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
				Data emissione	16/12/2024
				Revisione	01
				Data revisione	20/06/2025
				N. Pagine	54
MANUALE QUALITÀ					

Da organi autorevoli a livello nazionale ed internazionale	DIFFUSIONE	All'interno della U.O.
Da esperti del settore	VALUTAZIONE E VALIDAZIONE	A livello locale
Ottimale	COMPORTAMENTO	Ottimale + Vincoli presenti
Si	FLESSIBILITÀ	Relativa
No	DEFINIZIONE DELLE COMPETENZE	Si
Discrezionale	ADOZIONE E OSSERVAZIONE	Obbligatoria
Necessaria per la costruzione dei protocolli	REFERENZIALITÀ SCIENTIFICA	Necessaria per valutare le prestazioni

Caratteristiche che differenziano il **PROTOCOLLO** dalla **PROCEDURA**

PROTOCOLLO	PROCEDURA
Si riferisce ad un processo lavorativo	Riguarda una singola azione
Scomponi l'attività in vari momenti, illustrando la logica a cui essi si ispirano per rispondere a principi scientifici	È una descrizione molto dettagliata degli atti da compiere per eseguire determinate operazioni
Lascia agli operatori maggiore libertà di azione per quanto riguarda i dettagli operativi.	Tutti gli operatori si attengono esattamente a quanto è descritto nella procedura

Caratteristiche che differenziano la **PROCEDURA** dalla **ISTRUZIONE OPERATIVA**

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

PROCEDURA	ISTRUZIONE OPERATIVA
Applicata all'assistito	Applicata alle apparecchiature, all'uso di strumenti e/o presidi
È elaborata dal professionista che la applica	È elaborata dal produttore della apparecchiatura, strumento e/o presidio
Fa riferimento a principi scientifici (es. Linee guida)	Fa riferimento a principi tecnici e normative (es. norme sulla sicurezza, certificazione CE, ecc)
Garantisce la qualità della assistenza o della cura	Garantisce la qualità del funzionamento dello strumento e previene i rischi per l'operatore da uso improprio

15. QUALITÀ PERCEPITA DAGLI UTENTI

Come migliorare la qualità dei servizi attraverso la rilevazione dei bisogni e della soddisfazione dei cittadini

Con il termine customer satisfaction, che tradotto significa soddisfazione del cliente, si indica generalmente un articolato processo volto a rilevare il grado di soddisfazione di un cliente/utente nell'ottica del miglioramento del prodotto/servizio offerto. Il termine racchiude un insieme di tecniche e fasi di ricerca sviluppate a partire dagli anni 90 soprattutto nell'ambito delle imprese private.

Il concetto di soddisfazione è strettamente collegato alle aspettative esplicite e latenti del cliente/utente e alla percezione della qualità del prodotto/servizio.

Rilevare la customer satisfaction per un'azienda privata o un ente pubblico, significa quindi attivare un orientamento verso il cliente/utente e un orientamento verso il miglioramento della qualità dei servizi/prodotti.

L'ascolto degli utenti e la rilevazione della soddisfazione dovrebbero diventare attività permanenti e costanti, pianificate e integrate all'interno delle strategie degli enti pubblici. La customer satisfaction deve essere inserita in un'ampia strategia d'azione, deve essere svolta attraverso metodologie accurate e adeguate.

La rilevazione della customer satisfaction deve rappresentare uno strumento mediante il quale l'azienda ridisegna

	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

il contenuto operativo della propria strategia d'azione e d'intervento, e deve avere una ricaduta concreta sui servizi offerti in un'ottica di miglioramento della qualità, avviando processi di cambiamento e rimodulazione dei servizi sulla base del feedback raccolto. Nel momento in cui si attiva il confronto con i fruitori di un determinato servizio/prodotto, occorre anche essere in grado di gestire il conflitto e di ascoltare, dando un riscontro alle richieste che vengono fatte. Creare aspettative nell'utenza può essere un boomerang che si ritorce contro chi fornisce il servizio, se questi non è in grado di soddisfare le aspettative che sono state espresse.

La Customer Satisfaction è intesa quindi come un vero e proprio processo, e in questo senso si parla più correttamente di customer satisfaction management. Tale processo comprende diverse fasi: dall'impostazione della rilevazione, alla conduzione dell'indagine di Customer satisfaction, dall'analisi dei dati, alla realizzazione del piano di miglioramento e delle relative azioni di comunicazione.

L'azienda redigerà un questionario di Customer Satisfaction da distribuire all'utenza e provvederà all'analisi dei risultati ponendo il focus sulle azioni di miglioramento come di fatto prevede il piano della Qualità.

Il questionario verrà consegnato dall'operatore all'utente all'inizio del percorso di cura domiciliare e sarà ritirato dallo stesso al termine del percorso. Verranno consegnati al Coordinatore Infermieristico che provvedere ad una prima analisi e successivamente al direttore sanitario o un suo delegato che inserirà i dati in un format. I risultati, dell'anno precedente, dovranno essere presentati al Team aziendale all'inizio di ogni anno redigendo relativo verbale.

16. QUALITÀ PERCEPITA DAI DIPENDENTI

L'analisi del clima aziendale è uno strumento di ascolto fondamentale per la gestione delle proprie risorse umane. L'indagine permette di conoscere i vissuti e le percezioni delle persone all'interno dell'organizzazione. Approfondisce come è vista e sentita l'azienda da parte dei dipendenti, tracciando il ritratto del vissuto interno.

Un clima organizzativo favorevole influenza in positivo il modo in cui le persone vivono il lavoro, aumentando il coinvolgimento nelle attività e stimolando il raggiungimento degli obiettivi.

Sono tre gli obiettivi principali di un'analisi di clima aziendale:

- Monitorare il vissuto del personale
- Evidenziare gli aspetti sui quali intervenire

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

- Promuovere azioni di coinvolgimento e di condivisione della cultura organizzativa e degli obiettivi aziendali.

Gli aspetti che vengono presi in considerazione sono i ruoli e gli obiettivi, la pressione lavorativa, la coesione tra colleghi, la relazione con i capi, le prospettive di sviluppo e la motivazione.

È importante che l'intervento sia sostenuto dalla direzione e che sia comunicato correttamente alle persone che saranno coinvolte nell'indagine, spiegandone le ragioni e lo scopo.

Una volta raccolte le informazioni queste vengono rielaborate al fine di individuare le aree di miglioramento.

Affinché l'analisi del clima sia efficace è essenziale che sia seguita da azioni effettive. Queste possono consistere in attività formative, interventi organizzativi della direzione o programmi di comunicazione interna.

È altrettanto importante per il successo dell'indagine che i partecipanti siano coinvolti nella condivisione dei risultati raccolti ed esaminati, riferendo loro le conclusioni emerse.

Ogni due anni l'Amministratore Delegato dell'azienda metterà in essere l'indagine di Clima Aziendale.

17. BIBLIOGRAFIA

- Graffina G. et Al. 2017. Promozione del patient engagement in ambito clinico-assistenziale per le malattie croniche: raccomandazioni dalla prima conferenza di consenso italiana. *Recenti Progressi in Medicina*. 108(11):455-475
- Weil AR. 2016. The patient engagement imperative. *Health A* 2016; 35:56
- Ministero della Salute. 2010. Metodi di analisi per la gestione del Rischio Clinico. Root Cause Analysis. RCA. Analisi delle cause profonde.
- Ministero della Salute. 2006. L'audit Clinico.
- Ministero della salute. 2004. Commissione tecnica sul Rischio Clinico "Risk Management in sanità. Il problema degli errori. DM 5 marzo 2003.
- Cimatti M. 2002. Linee Guida, protocolli, procedure: metodologia di costruzione e filosofia infermieristica

 	PIANO DELLA QUALITA' LINEE DI INDIRIZZO PER GLI OPERATORI ASL RM2		Documento	
			Data emissione	16/12/2024
			Revisione	01
			Data revisione	20/06/2025
	MANUALE QUALITÀ		N. Pagine	54

- Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025. Linee di indirizzo per l'istituzione delle reti cliniche tempo-dipendenti, in recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 24/01/2018 (Rep. Atti n. 14/CSR)
- Organizational Learning II: Theory, Method and Practice 1996
- D.Lgs. 502/92 e s.m.i. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- Morosini - Perraro 2001 Enciclopedia della gestione di qualità in sanità
- Anelli F, Cesario A, D'Oria M, Giuliadori C, Scambia G (a cura di). Persona e Medicina. Milano: Franco Angeli; 2021.
- Graffigna G, Barelo S, Triberti S. Giving (Back) a Role to Patients in the Delivery of Healthcare Services: Theoretical Roots of Patient Engagement. In: Graffigna G, Serena Barelo S, Stefano Triberti S (a cura di). Patient Engagement. Warsaw, Poland: De Gruyter Open Poland; 2016. pp. 13-26. <https://doi.org/10.1515/9783110452440-003>
- Zage D, Hoxhaj I, Orfino A, Viteritti AM, Janiri L, Di Pietro ML. Interventions to address mental health issues in healthcare workers during infectious disease outbreaks: A systematic review. J Psychiatr Res. 2021 Apr;136:319-33.
- World Health Organization, WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO-HIS-SDS-2015.6-eng.pdf> sequence=1&isAllowed=y _Ultimo accesso: 18 luglio 2023.
- Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. Patient. 2019 Oct;12(5):461-74.
- *Umanizzazione e personalizzazione* Maria Luisa Di Pietro, Luigi Petrella, Teresa Mungo