



CENTRO FISIOKINESITERAPICO STARBENE S.r.l.



**Documento Programmatico della Politica,
degli Obiettivi, della Struttura Organizzativa,
delle Attività e degli Strumenti informativi
secondo le Linee Guida della Regione Calabria.**

Revisione del 01/07/2023



MISSION

La nostra **Mission** è definita dal nome stesso del Centro STARBENE . L'obiettivo primario del nostro agire è produrre benessere. Tutto il nostro lavoro, il nostro impegno, le nostre attività di riabilitazione, sono mirate alla risoluzione dei problemi di salute e di funzionamento della persona. Ci prendiamo cura di adulti e di persone in età evolutiva per creare i presupposti di una soddisfacente qualità della vita sia in caso di disabilità transitoria sia di disabilità permanenti.

L'umanizzazione e la personalizzazione dell'intervento verso la persona disabile sono le profonde motivazioni che ci spingono ad individuare risposte reali e concrete alle problematiche legate alle disabilità e a promuovere eventuali nuovi percorsi d'integrazione ed inserimento sociale, nel rispetto dei principi, dei programmi e degli obiettivi fissati dalla politica sanitaria, socio-sanitaria ed assistenziale sia nazionale che regionale.

Le strategie che il Centro intende perseguire in futuro per rendere maggiormente concreta la sua mission sono orientate a:

- qualificare sempre più l'offerta clinico-assistenziale attraverso il monitoraggio, continuo e costante, dell'appropriatezza e dell'efficacia delle prestazioni in un contesto temporale e territoriale di crescente competitività
- Potenziare l'offerta clinico-assistenziale in funzione delle nuove richieste da parte dell'utenza e delle nuove risorse offerte dal progresso scientifico-tecnologico, compatibilmente con le risorse disponibili.

ORGANIZZAZIONE INTERNA E LIVELLI DI RESPONSABILITA'

L'organizzazione del Centro si articola su diversi livelli modulari dotati di proprio autonomo personale tecnico-riabilitativo ed ausiliario, coordinati da un responsabile specialista nella disciplina che assicura il necessario raccordo in rete con la struttura amministrativa, organizzativa e di accoglienza del Centro, nonché con i medici di base e le strutture sanitarie di riferimento sul territorio, a garanzia della completezza, efficacia e trasparenza degli interventi di pertinenza.

I livelli di responsabilità sono subordinati alla Direzione Sanitaria del Centro, in assoluta ottemperanza alle normative di riferimento in materia.

Il Presidente e il Direttore Generale dell'ente sono gli organi di vertice dell'Azienda a cui sono attribuiti tutti i poteri di gestione e a cui è conferito il compito, di concerto con il Consiglio di amministrazione, di definire le linee dell'organizzazione esplicitando gli obiettivi da raggiungere.

Promuovono l'attuazione delle politiche aziendali, così come definite e concordate nei documenti programmatici, finalizzate al perseguimento del soddisfacimento dei bisogni di salute degli utenti in trattamento, nel rispetto dei vincoli determinati dalle risorse disponibili di cui garantiscono l'ottimale utilizzo secondo criteri di pertinenza, efficacia, sicurezza, appropriatezza, efficienza ed equità.

Nell'esercizio delle funzioni proprie del loro ufficio si avvalgono della collaborazione del Direttore



Amministrativo e del Direttore Sanitario.

LE MODALITA' E GLI STRUMENTI DI GESTIONE DELLE INFORMAZIONI

Il Centro Starbene mette in atto tutte le misure tecniche ed organizzative adeguate per garantire, ed essere in grado di dimostrare, che il trattamento dei dati personali e particolari è effettuato conformemente al Regolamento europeo in materia di Privacy (GDPR 679 2016).

L'azienda è dotata di un sistema informativo interno basato su software autoprodotti, alcuni residenti su un server situato in sede e altri residenti su un server esterno.

Essi sono usati per la gestione delle cartelle cliniche dei pazienti, per la prenotazione delle prestazioni e per il monitoraggio completo di tutto il percorso terapeutico.

I dati sensibili gestiti con i suddetti software sono protetti ai sensi del GDPR 679/2016 (tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali e sensibili).

La protezione viene effettuata tramite antivirus e firewall. Tali software di protezione sono periodicamente aggiornati e quotidianamente viene aggiornato il database delle firme antivirali.

Inoltre i dati, due volte al giorno, sono soggetti a backup sia su dispositivi interni all'azienda che in cloud.

Per quanto attiene agli obblighi di trasmissione dati al Sistema Informativo Sanitario Nazionale, inviamo, con periodicità stabilita dalle norme aziendali, regionali o ministeriali, i flussi di dati in formato elettronico, secondo le specifiche tecniche e i tracciati record stabiliti dalle normative regionali e ministeriali.

Il sistema informativo sanitario con collegamento Internet utilizzato è quello denominato "Progetto Tessera Sanitaria".

La trasmissione dei flussi C1 e C2 viene effettuata tramite l'applicazione "Inspectio" messa a disposizione dall'ASP di Crotona, mentre la trasmissione dei flussi al MEF viene effettuata attraverso l'applicativo "Ricette SSN OnLine".

POLITICA DELLA QUALITA' ED OBIETTIVI

Il Centro intende promuovere e mantenere, conformemente a quanto dettato dalle Linee Guida per le Attività di Riabilitazione del Ministero della Sanità, un servizio di riabilitazione medico e sociale sempre più qualificato, specializzato ed aperto al territorio.

Attraverso la valorizzazione, l'ottimizzazione, la qualificazione e il potenziamento delle risorse umane, strutturali e tecnologiche, di cui già dispone, il Centro si propone di incrementarne l'efficacia e l'efficienza intesa nel pieno raggiungimento del tetto di spesa assegnato dall'ASP di riferimento e nell'avvio e sviluppo di nuovi servizi che possano rispondere a bisogni latenti o migliorare l'efficacia di quelli già erogati.

Al fine di perseguire quanto su esposto, il Centro ritiene utile concentrare la propria attenzione su alcuni fattori strategici:

- consolidamento e miglioramento del Sistema Qualità conforme alle indicazioni delle Politiche Sanitarie Nazionali e Regionali e alle linee guida ISO 9001:2008 e successivi adeguamenti ;
- ascolto, formazione, qualificazione ed aggiornamento permanente delle Risorse Umane;



- adeguamento e potenziamento delle risorse strutturali, tecnologiche e scientifiche in una logica di pianificazione programmata dei piani di manutenzione e di investimento;
- potenziamento del sistema informativo interno e standardizzazione delle relative procedure;
- razionalizzazione della gestione dei fattori produttivi attraverso l'adozione di una logica di monitoraggio continuo dei costi, delle prestazioni rese e delle risorse finanziarie mediante l'applicazione standardizzata del sistema di controllo di gestione in tutte le attività del centro in un'ottica di sostenibilità economica delle attività;
- promozione ed accettazione del progresso tecnologico come strumento di miglioramento gestionale;
- responsabilizzazione, autonomia e trasparenza dei processi decisionali;
- rafforzamento della trasparenza delle modalità gestionali e dei risultati;
- Sviluppo ed accreditamento per nuovi servizi sanitari, socio-sanitario ed assistenziale per consolidare le prestazioni rese e realizzare nuovi percorsi assistenziali.

Pertanto, La Direzione si impegna a:

- individuare, acquisire ed utilizzare risorse umane, tecnologiche e strutturali che garantiscano affidabilità per il conseguimento dei risultati nel rispetto della sicurezza dei pazienti e degli operatori;
- adottare le misure necessarie per accrescere la competenza, la motivazione e il coinvolgimento del personale nel perseguimento degli obiettivi;
- garantire in ogni circostanza l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni;
- migliorare il comfort e la sicurezza degli ambienti di lavoro;
- accrescere la cultura della sicurezza sul lavoro, ambientale e della privacy nella gestione dei processi aziendali;
- migliorare la collaborazione e la comunicazione tra le diverse figure sanitarie e non;
- promuovere l'ascolto e la formazione permanente di tutti gli operatori anche attraverso l'innovazione scientifica;
- migliorare la gestione delle informazioni, potenziando il sistema informativo sia attraverso l'adozione di strumenti della sanità elettronica (cartella clinica), sia nei processi gestionali, nonché attraverso l'ampliamento del sistema di comunicazione con l'esterno (attraverso l'adozione di un sito web e la presenza sui social);
- mantenere i requisiti di autorizzazione ed accreditamento previsti dalla normativa vigente per i servizi ambulatoriale e domiciliare;
- promuovere ed incrementare la soddisfazione sia degli operatori, sanitari e non, nello svolgimento delle proprie attività, sia dei pazienti e dei loro familiari in relazione alle cure e al trattamento ricevuto;
- introdurre nuovi servizi sanitari e socio-sanitari al fine di rispondere alle sollecitazioni ed esigenze provenienti dall'ambiente esterno anche attraverso nuove forme di collaborazione con altri attori



del territorio;

- promuovere la logica e la cultura del miglioramento continuo al fine di incrementare la soddisfazione dei pazienti e degli operatori, non solo attraverso il rispetto degli requisiti previsti dal sistema di accreditamento ma anche attraverso il soddisfacimento del sistema di qualità adottato dal Centro;
- Promuovere la gestione razionale delle risorse di cui si dispone attraverso il miglioramento del sistema di controllo di gestione.

La Direzione opera ed opererà affinché tutti gli obiettivi, quantificabili e misurabili, con i rispettivi traguardi temporali, vengano compresi accettati e sostenuti da tutti gli operatori.

LA VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI SODDISFAZIONE DELL'UTENTE (CUSTOMER SATISFACTION)

Poiché il settore della sanità sta diventando sempre più paziente-centrico, è essenziale considerare la soddisfazione dell'utenza uno dei principali obiettivi del proprio agire.

Oggi le aspettative dei pazienti sono più alte ed è sempre maggiore la richiesta di cure e servizi eccellenti, per cui la fidelizzazione richiede la focalizzazione sul paziente nel suo intero percorso di interazione.

A tal proposito la Customer Satisfaction è oggetto di adeguata e puntuale pianificazione da parte della Direzione e la sua quantificazione viene effettuata attraverso l'uso di questionari anonimi o, in casi particolari, attraverso appositi colloqui con utenti scelti a campione.

Il processo di feedback può essere utile alla reputazione online dell'organizzazione.

Infatti, grazie ai feedback dei pazienti è possibile:

- Scoprire un'esperienza negativa e tentare di risolvere il problema del paziente prima che vada a rilasciare il proprio feedback negativo online.
- Costruire la propria reputazione online invitando i pazienti a rilasciare una recensione su piattaforme importanti.
- Mostrare recensioni eccellenti direttamente sul sito web per incoraggiare potenziali pazienti a usufruire dei servizi sanitari.

LE MODALITA' DI PREVENZIONE E GESTIONE DEL DISSERVIZIO

La Direzione ha implementato una politica di gestione del disservizio che racchiude tutte quelle azioni da compiere nel momento in cui si riceve una segnalazione da parte degli utenti di bassa soddisfazione rispetto al servizio erogato.

Queste azioni attengono, da una parte, alla prevenzione del disservizio, quindi hanno a che fare con tutta una serie di controlli volti ad evitare insoddisfazioni da parte dei propri utenti; dall'altra, è legata alla fase di trattamento e gestione dei reclami e suggerimenti, una volta che essi sono stati segnalati. La gestione del disservizio serve anche a tenere sotto controllo e monitorare le possibili reazioni negative



dell'utente di fronte a un disservizio che si è già verificato: talvolta un intervento tempestivo può, addirittura, capovolgere la sensazione dell'utente, trasformando il disservizio in un evento positivo. Per gestire correttamente un disservizio si ritiene importante:

- individuare, all'interno del processo, le fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi (errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente);
- classificare i tipi di disservizio prevedibili (legati ai tempi; legati alla qualità dei servizi erogati; legati alla relazione tra utente e personale del servizio). La classificazione del disservizio dovrebbe partire dalle attese dei clienti nei confronti del servizio (infatti, quanto più i disservizi riguardano le attese prioritarie dei clienti, tanto più sono da considerare emergenti);
- definire le modalità di gestione dei diversi tipi di disservizi individuando:
 - da chi può essere rilevato il reclamo;
 - a chi deve essere presentato il reclamo;
 - a chi compete di dare risposta all'utente che reclama;
 - che cosa viene fatto per riparare al disservizio nei confronti dell'utente;
 - che cosa viene fatto per limitare, se possibile, i disservizi futuri.
- monitorare il sistema e verificare in particolare se si verificano frequentemente disservizi non previsti nella fase di progettazione.

Gestire correttamente il disservizio contribuisce a salvaguardare l'immagine dell'organizzazione nel suo complesso e servizio che essa eroga.

SERVIZI

Il Centro STARBENE S.r.l. è accreditato con il S.S.N. per l'erogazione di prestazioni di fisiokinesiterapia, di 28 prestazioni pro-die di Riabilitazione Estensiva ambulatoriale e di 128 prestazioni pro-die di Assistenza Domiciliare Integrata, per il recupero funzionale e sociale di persone affette da disabilità permanenti e/o transitorie fisiche, psichiche o sensoriali.

La struttura, completamente accessibile, è stata progettata in modo da essere funzionale ai servizi da erogare.

Nell'organizzazione operano: il direttore sanitario, medici interni e consulenti esterni, psicologi, assistenti sociali, logopedisti, psicomotricisti, fisioterapisti, educatori, operatori socio sanitari, massofisioterapisti e l'organico amministrativo, tecnico e logistico che fa da supporto alle attività sanitarie di riabilitazione.

Fatte salve le garanzie di qualità, umanizzazione ed appropriatezza delle prestazioni, è prevista la massima flessibilità degli orari di apertura ai fini della migliore fruibilità da parte dei pazienti, specie se non residenti o con problemi lavorativi-logistici. Sono altresì rispettate le esigenze di massimo confort igienico, strutturale e psicologico, nonché la tutela e salvaguardia della privacy.



Le prestazioni e/o attività erogate sono le seguenti :

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

- Bendaggio funzionale
- Biorisonanza magnetica
- Cryosound
- Elettroterapia
- Idrogalvanoterapia
- Idrokinesiterapia
- Infrarossi
- Laserterapia ad alta potenza
- Magnetoterapia
- Massoterapia
- Onde d'urto
- Riabilitazione geriatrica
- Riabilitazione pre-post chirurgica e post-traumatica
- Rieducazione funzionale
- Rieducazione posturale
- Taping neuro muscolare
- Tecarterapia
- Theal therapy
- Trazioni meccaniche
- Ultrasuonoterapia
- Vibrazione ad alto valore terapeutico
- Visita fisiatrica

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia ed Elettroencefalografia
- Holter cardiaco
- Holter pressorio

RIABILITAZIONE ESTENSIVA AMBULATORIALE

- Colloquio sociale



- Intervento psicoeducativo
- Logopedia
- Neuropsicomotricità
- Psicoterapia
- Rieducazione neuropsicologica
- Somministrazione di test psicologici
- Terapia occupazionale
- Valutazione di equipe per la formulazione della diagnosi clinico-funzionale e del progetto terapeutico-riabilitativo
- Valutazione logopedica
- Valutazione psicomotoria
- Visita e colloquio psicologico clinico
- Visita neuropsichiatrica infantile e neurologica

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

- Attività educativo-relazionale-ambientale
- Prestazioni relative all'attività di programmazione
- Prestazioni relative alla funzione alimentare
- Prestazioni relative alla funzione respiratoria
- Prestazioni relative alle funzioni escretorie
- Trattamenti farmacologici e di mantenimento dell'omeostasi
- Trattamenti riabilitativi
- Trattamento delle lesioni cutanee



MODALITA' DI EROGAZIONE

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Gli operatori del servizio di accettazione provvedono ad accogliere il paziente fornendo tutte le informazioni relative alla modalità di accesso.

I rapporti con i pazienti dovranno essere sempre improntati alla massima correttezza, rispetto e riservatezza, utilizzando un linguaggio appropriato e un tono di voce che metta il paziente sempre a suo agio.

L'accesso ai servizi può avvenire con prescrizione del medico curante o del medico specialista; in tal caso il paziente verrà direttamente inserito nel percorso terapeutico riabilitativo prescritto. In assenza di tale prescrizione e su sua richiesta, il paziente verrà sottoposto a visita medica specialistica dal personale medico del Centro.

Per la gestione delle prenotazioni e dei tempi di attesa si è stabilito di predisporre una lista di prenotazione in base all'ordine delle richieste.

La prenotazione potrà avvenire solo dopo che l'utente ha svolto la prima visita o è in possesso di un piano terapeutico e sia stata accertata l'idoneità del Centro alla sua presa in carico.

Nella gestione dei propri servizi e delle proprie liste di attesa il Centro si impegna a garantire il principio di eguaglianza ed universalità: nessuna distinzione sarà compiuta per motivi legati al sesso, razza, religione, opinione politica, complessità e gravità della patologia.

RIABILITAZIONE ESTENSIVA IN REGIME AMBULATORIALE E DOMICILIARE

Le attività sanitarie in questo ambito si riferiscono all'insieme di interventi valutativi, diagnostici e terapeutici finalizzati al recupero funzionale o alla minimizzazione delle disabilità permanenti e/o transitorie fisiche, psichiche o sensoriali del paziente per consentirne un efficace reinserimento nel proprio ambiente familiare, lavorativo, scolastico e sociale.

Tali attività richiedono obbligatoriamente la presa in carico globale della persona mediante la predisposizione di un "*progetto riabilitativo individuale*" e la sua realizzazione mediante uno o più "*programmi riabilitativi*".

Il progetto riabilitativo individuale viene elaborato dalla nostra équipe riabilitativa, coordinata dal medico responsabile, sia esso neurologo o neuropsichiatra infantile, tenendo conto dei bisogni e delle preferenze del paziente e/o dei suoi familiari, delle sue disabilità, delle abilità residue e recuperabili, dei fattori ambientali, contestuali e personali.

Costituisce il riferimento per ogni intervento svolto dall'equipe riabilitativa poiché al suo interno è presente il "*programma riabilitativo*" che, secondo le linee guida del Sistema Sanitario Nazionale, definisce:

- le aree di intervento specifiche,
- gli obiettivi a breve, medio e lungo termine,



- i tempi e le modalità di erogazione degli interventi,
- gli operatori coinvolti,
- le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati,
- la verifica degli interventi.

La stesura del P.R.I. presuppone l'inserimento del paziente nella lista d'attesa specifica per tale reparto.

La sua gestione ci consente :

- un efficace monitoraggio dei tempi di erogazione delle prestazioni e dell'appropriatezza delle attività in relazione alle risorse disponibili
- di garantire cure di qualità ed efficaci in quanto somministrate nei tempi adeguati
- trasparenza nei confronti degli utenti, anche ai fini degli impegni del Centro nei confronti delle vigenti norme di legge.

Definito il periodo di presa in carico, il personale addetto provvederà ad espletare tutte le operazioni di inserimento del paziente nel percorso riabilitativo stabilito.

Qualora il paziente non sia trasportabile né deambulante, il Centro provvede a realizzare il programma riabilitativo presente nel P.R.I. in regime domiciliare.

In questa eventualità vengono attivate tutte le procedure necessarie per l'effettuazione degli interventi valutativi, diagnostici e terapeutici del caso.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Il paziente (o il suo familiare/caregiver) che ha necessità di assistenza sanitaria a domicilio, si rivolge al Medico di Medicina generale o al Pediatra di Libera Scelta che valuta la necessità del paziente e compila la **Scheda di Proposta di Accesso ai Servizi Territoriali**, indicando chiaramente il servizio richiesto, la diagnosi dettagliata e i problemi socio-assistenziali.

Inoltre, elabora in modo esaustivo la **S.Va.M.A.** sanitaria (Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e dell'Anziano) che è l'unico strumento riconosciuto dalla normativa attraverso il quale si ricava il livello di Intensità Assistenziale (C.I.A.).

Entrambe le schede devono essere protocollate presso il **P.U.A.** (Punto Unico di Accesso) del distretto di competenza, il quale, dopo la verifica della correttezza formale della documentazione esibita, la trasmetterà all'**U.V.M.** (Unità di Valutazione Multidimensionale).

L'**U.V.M.** è l'organo competente ad esaminare le domande pervenute nei termini indicati e ritenute ammissibili e a valutarne il merito, nonché a definire il P.A.I. (Piano di Assistenza Individualizzato) nel quale vengono definiti l'obiettivo da raggiungere, il regime prestazionale, la tipologia di servizi e prestazioni da erogare, il team assistenziale, la data di avvio, la cadenza degli interventi, la durata del piano, la previsione verifiche intermedie e finale e le modalità di dimissione in relazione alla verifica degli obiettivi raggiunti.

A seguito della presa in carico, viene predisposto un documento di pianificazione degli interventi assistenziali da erogare a ciascun singolo paziente preso in carico, con indicazione dei professionisti



deputati all'erogazione delle prestazioni.

Il team assistenziale è composto dalle seguenti figure:

- Medico specialista con funzione di coordinatore
- Infermieri Professionali
- Operatori Socio Sanitari (O.S.S.)
- Terapisti della Riabilitazione
- Logopedisti
- Psicologa
- Assistente Sociale.

Questi ultimi sono obbligati ad osservare pedissequamente le disposizioni contenute nel PAI e a compilare un diario clinico domiciliare utilizzando la scheda di accesso domiciliare giornaliero.

Nel caso in cui le mutate esigenze assistenziali impongono urgenti modifiche al PAI, saranno garantite le correlate prestazioni con immediatezza;

Entro 10 giorni antecedenti la data di fine trattamento, sarà presentato al distretto di residenza dell'assistito la relazione clinica, completa degli obiettivi assistenziali raggiunti e di eventuale proposta di nuovo PAI per la prosecuzione dell'assistenza, se ritenuto necessario.

Qualora si verifichi il decesso e/o la dimissione del paziente dal servizio, sarà inviata dettagliata relazione clinico-assistenziale unitamente a tutti gli atti che L'Azienda dovesse ritenere necessari.

MODALITA' DI COMPILAZIONE ED ARCHIVIAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

La documentazione comprovante l'attività sanitaria risulta organizzata ed ordinata secondo modalità di puntualità, aggiornamento e annotazioni complementari-sussidiarie, sia per ciò che concerne le incombenze amministrative che per quelle più specificatamente sanitarie e riabilitative.

Per queste ultime sono garantite le prerogative di analitica completezza, riservatezza, aggiornamento e raccordo con i medici di base oltre all'informazione tempestiva, chiara e costante al paziente e/o dei suoi familiari ovvero, previa loro esplicita e formale autorizzazione, ai sanitari di strutture pubbliche e/o private cointeressate nella presa in carico complessiva del paziente.

PROGRAMMAZIONE DELLA FORMAZIONE E DELLA RIQUALIFICAZIONE DEL PERSONALE

Il processo di pianificazione della formazione nasce dall'esigenza di sviluppare le competenze e le conoscenze necessarie all'organizzazione per la realizzazione degli obiettivi a supporto dei processi di cambiamento, nonché del miglioramento delle performance organizzative e delle prestazioni individuali, finalizzando la stessa formazione, nei tempi e nelle modalità di erogazione a ciò che è realmente necessario per la crescita e valorizzazione professionale, sia aziendale e sia personale.



Le conoscenze, le esperienze, le abilità ed il talento dei dipendenti sono il motore dell'azienda e, se correttamente gestiti, creano le condizioni per elaborare e approfondire l'aspetto diagnostico, al fine di favorire un percorso riabilitativo individualizzato e mirato al recupero delle funzioni motorie segmentarie e globali, alla prevenzione delle deformità secondarie, alla facilitazione dell'acquisizione delle tappe dello sviluppo psicomotorio.

Il Piano di formazione, rivolto ai nostri collaboratori, è finalizzato a favorire l'acquisizione delle specifiche abilità/competenze necessarie per svolgere efficacemente il proprio ruolo in relazione ai nuovi modelli di servizio introdotti. In questo contesto la formazione si pone come leva strategica e fattore abilitante per il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Il Centro si avvale di una eccellente dotazione strumentale per il trattamento delle disabilità e cura in modo specifico la formazione del suo personale sia attraverso l'autoaggiornamento sia promuovendo la partecipazione a corsi, convegni, seminari.

E' dotato di una sala formazione attrezzata nella quale vengono effettuate le attività formative aperte anche ad operatori sanitari e sociali del territorio locale e regionali con eventi organizzati.

In particolare, le specifiche attività formative riguardano:

- Formazione/informazione: Rischi, Salute e Sicurezza sul lavoro in sanità D.lgs 81/2008;
- Corso primo soccorso (Il Centro è dotato di defibrillatore semiautomatico);
- Corso antincendio;
- Formazione/informazione : Responsabilità amministrativa e rischio realizzazione reati del personale e società D.lgs 231/2001;
- Programmazione formativa sull'utilizzo corretto dei macchinari e delle attrezzature;
- Progettazione e gestione di formazione nelle singole sezioni:
 - Definizione degli obiettivi strategici
 - Analisi ruoli aziendali
 - Definizione obiettivi formativi

LA COMUNICAZIONE INTERNA ALLA STRUTTURA

La comunicazione interna in azienda dà un contributo fondamentale alla motivazione e alla diffusione di conoscenza dei dipendenti, migliorando l'immagine e la credibilità dell'impresa.

Un'efficace piano di comunicazione interna crea complicità tra i dipendenti nelle politiche e nelle strategie adottate dall'impresa e ha come obiettivo la **diffusione dell'identità** e dei **valori** della società per rendere chiaro a tutti dove si sta andando, come lo si sta facendo, ma soprattutto il perché.

È necessario che la comunicazione interna sia allineata al massimo con i valori aziendali percepiti dai dipendenti affinché crei engagement, non solo tra loro, ma anche con la proprietà.

Ora più che mai, nell'era della condivisione online, i dipendenti rappresentano l'azienda agli occhi dei clienti, la loro esperienza in termini di motivazione e coinvolgimento nello svolgere il proprio lavoro e la



condivisione di questi valori aziendali viene trasmessa a tutti i loro contatti.

La comunicazione ha due capacità fondamentali: **diffonde il valore**, perché rende visibili le **competenze** distintive aziendali e contribuisce alla crescita e alla diffusione della conoscenza; **crea il valore**, perché attraverso il miglioramento dell'immagine e della credibilità strategica dell'impresa, ne aumenta il patrimonio intangibile.

I valori sono il punto di partenza per ogni organizzazione che voglia in primis impostare una strategia comunicativa interna coerente, in secondo luogo migliorare l'efficacia della propria comunicazione. Uno dei valori primari del Centro Starbene è "**essere innovativi**", l'innovazione viene perseguita anche nell'ambito comunicativo attraverso l'utilizzo di strumenti come le piattaforme di collaborazione e software di condivisione documenti.

In più, per "ingaggiare" efficacemente il dipendente, una degli step fondamentali è la sua partecipazione alla **vision** aziendale sia nel breve che nel lungo termine, fornendogli gli strumenti per comprenderla e tradurla in modo pratico nel proprio operato.

Un altro aspetto particolarmente importante, che si affianca all'interiorizzazione dei valori aziendali, è quello dell'**ascolto**. Non ci può essere una buona comunicazione se essa non è bidirezionale e non comprende, oltre all'atto del comunicare, anche quello dell'ascoltare e del ricevere i feedback, espliciti o impliciti che essi siano.

A tal fine si ricorre a strumenti quali colloqui, meetings, tracciamento delle performance.

LA COMUNICAZIONE AI PAZIENTI E AI CAREGIVER

Gli utenti del servizio sanitario hanno oggi un ruolo sempre più attivo e consapevole: non sono più semplici pazienti bensì soggetti che hanno consapevolezza dei propri diritti e chiedono di partecipare alle decisioni terapeutiche. Cambia, di conseguenza, anche il ruolo dell'operatore sanitario, che non si limita a trattare la malattia, ma deve tenere conto anche della pluralità delle esigenze e delle diverse caratteristiche che contraddistinguono i pazienti. L'attenzione si sposta, quindi, dalla dimensione esclusiva della malattia ad una più completa **attenzione verso la persona**.

La comunicazione è ampiamente riconosciuta quale fattore essenziale ai fini dell'efficacia del percorso assistenziale, essa pertanto rappresenta una competenza dei professionisti sanitari che, al pari delle competenze squisitamente tecniche, attribuisce valore alle prestazioni offerte al paziente. La "buona comunicazione" permette di stabilire con il paziente un'efficace relazione che si riverbera positivamente sul processo terapeutico, perché permette innanzitutto di stabilire una "alleanza terapeutica" cioè una collaborazione attiva tra terapeuta e paziente basata sulla fiducia e accettazione reciproca, sull'empatia e sul coinvolgimento/responsabilizzazione.

La comunicazione influenza positivamente gli "esiti" del percorso di cura, la compliance, l'appropriatezza delle prestazioni.

La relazione operatore sanitario-paziente è un tipo di relazione molto delicato considerando le circostanze in cui si instaura per cui la comunicazione tra le due parti deve essere sullo stesso livello, per evitare che il



paziente si senta in uno stadio di inferiorità rispetto al suo interlocutore..

Porre il paziente al centro dell'attenzione, ascoltando i suoi bisogni e la sua esperienza della malattia, rappresenta un momento fondamentale di condivisione per farlo sentire meno solo e aiutarlo ad affrontare in maniera più adeguata la malattia.

L'operatore sanitario, comprendendo le difficoltà di adattamento in un ambiente di questo tipo, può fornire un aiuto al paziente utilizzando alcune strategie:

- rassicurarlo nei momenti di timore;
- far sfogare liberamente le sue emozioni ed i suoi sentimenti attraverso il racconto;
- fornirgli informazioni adeguate e chiare sul suo stato di salute e su quanto viene fatto in struttura per lui;
- comprendere il suo stato emotivo e in base alla fascia di età interagire nel miglior modo possibile.

Il piano aziendale di sicurezza e gestione del rischio clinico è costituito dall'insieme delle azioni messe in atto per la promozione e la realizzazione della qualità dei servizi sanitari e per garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori.

Il Centro Starbene S.r.l. ha avviato un programma di strategie ed azioni per affrontare i principali rischi in ambito assistenziale impiegando un insieme di metodi, strumenti e azioni per identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi connessi all'erogazione delle cure, garantendo al contempo:

- la sicurezza degli operatori e degli ambienti di lavoro;
- la sicurezza strutturale e tecnologica per un uso corretto delle apparecchiature elettromedicali;
- la sicurezza dei dispositivi medici e dei farmaci;
- la sicurezza delle informazioni;
- la gestione del rischio clinico e la gestione del rischio infettivo orientati a costruire strategie di applicazione delle buone pratiche in sanità;
- l'apprendimento dagli errori;
- la definizione dei percorsi di sicurezza e di qualità per gli utenti nella logica di contenimento dei rischi correlati all'assistenza e alla cura ed alla loro privacy.

IL PIANO AZIENDALE DI SICUREZZA E PROCEDURE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Il piano aziendale di sicurezza e gestione del rischio clinico è costituito dall'insieme delle azioni messe in atto per la promozione e la realizzazione della qualità dei servizi sanitari e per garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori.

Il Centro Starbene S.r.l. ha avviato un programma di strategie ed azioni per affrontare i principali rischi in ambito assistenziale impiegando un insieme di metodi, strumenti e azioni per identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi connessi all'erogazione delle cure, garantendo al contempo:

- la sicurezza degli operatori e degli ambienti di lavoro;



- la sicurezza strutturale e tecnologica per un uso corretto delle apparecchiature elettromedicali;
- la sicurezza dei dispositivi medici e dei farmaci;
- la sicurezza delle informazioni;
- la gestione del rischio clinico e la gestione del rischio infettivo orientati a costruire strategie di applicazione delle buone pratiche in sanità;
- l'apprendimento dagli errori;
- la definizione dei percorsi di sicurezza e di qualità per gli utenti nella logica di contenimento dei rischi correlati all'assistenza e alla cura ed alla loro privacy.

IL RESPONSABILE DELLE FUNZIONI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

Il Responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente è incaricato dei seguenti compiti:

- identificare le tipologie di rischio presenti nella struttura e favorire l'implementazione dei flussi informativi relativi ad indicatori utili per la conoscenza e la mappatura del rischio clinico e le relative fasi di analisi e monitoraggio;
- adottare strumenti per la rilevazione ed il monitoraggio degli errori accaduti o mancati;
- individuare "aree critiche", anche sulla base della "mappatura del rischio";
- definire gli ambiti e le azioni prioritarie di intervento (già in atto e da attivare);
- definire gli interventi organizzativi e di altro tipo (es. adozione di tecnologie) per la prevenzione e la riduzione degli errori evitabili;
- definire sistemi di monitoraggio per la verifica dei risultati degli interventi di prevenzione e correttivi posti in essere;
- definire un sistema di reporting appropriato sia per le unità periferiche che per la Direzione aziendale;
- organizzare programmi di formazione e aggiornamento sul tema della prevenzione e gestione del rischio clinico;
- promuovere una cultura della prevenzione dell'errore attraverso la costituzione di una rete di referenti per la gestione del rischio;
- partecipare alla definizione e strutturazione del sistema informativo per la sicurezza del paziente.

IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO

La mappatura del rischio presente nella struttura in termini qualitativi e quantitativi è il primo passo per attuare il sistema di Gestione del Rischio Clinico. Nell'ambito delle numerose e diverse fonti informative che contribuiscono alla identificazione delle componenti del rischio, il Centro ha ritenuto prioritario sviluppare quei flussi informativi specificamente mirati a rilevare i possibili eventi avversi, quali il sistema di rilevazione delle schede di incident reporting, le schede di segnalazione relative alle cadute e le segnalazioni degli eventi sentinella.



Per quanto concerne i metodi di analisi degli eventi rilevati con tali flussi informativi, sono stati individuati diversi strumenti di analisi, il cui utilizzo è in funzione dell'evento segnalato e del relativo contesto.

IL SISTEMA DI INCIDENT REPORTING

Il sistema di incident reporting rappresenta una modalità di raccolta strutturata e volontaria degli eventi avversi e dei quasi eventi, avente le seguenti caratteristiche:

- la compilazione può avvenire a cura degli operatori sanitari e/o dei pazienti che si trovino coinvolti nell'evento, in qualità di diretti interessati o per situazioni a cui si è assistito direttamente o di cui è stato riferito. La scelta di estendere la possibilità della segnalazione anche ai pazienti è effettuata nella prospettiva di raccogliere un maggior numero di segnalazioni;
- la spontaneità della compilazione è generalmente considerata un sistema di segnalazione di successo;
- chi segnala non è oggetto di ritorsioni, richiami o punizioni;
- l'identità del paziente e di chi segnala non sono mai rilevate a terzi;
- le segnalazioni sono valutate da esperti in grado di capire le circostanze e le cause sistemiche sottostanti;
- le segnalazioni sono analizzate tempestivamente e le raccomandazioni sono diffuse rapidamente tra gli interessati, specialmente nel caso di eventi gravi;
- fornisce informazioni al fine di produrre raccomandazioni per il cambiamento nei sistemi;
- chi raccoglie le segnalazioni deve essere in grado di diffondere le raccomandazioni e promuoverne l'applicazione nell'organizzazione.
- da tale sistema di rilevazione degli eventi avversi vanno esclusi gli eventi sentinella, in quanto oggetto di specifica procedura.

IL SISTEMA DI SEGNALAZIONE DELLE CADUTE / EVENTI ACCIDENTALI

Il pericolo di cadute del paziente nella struttura rappresenta un elemento rilevante nell'ambito della gestione del rischio clinico, sia per le conseguenze per il paziente e la sua famiglia, che per i sanitari e il Centro, potendo costituire nei casi più gravi addirittura un evento sentinella. Infatti, la caduta del paziente può determinare lesioni che possono compromettere o peggiorare il suo stato di salute con il rischio che si possano innescare contenziosi di natura medico-legale per gli operatori sanitari che a vario titolo sono coinvolti nell'evento.

Data la rilevanza della problematica in oggetto, si procede alla raccolta di schede di rilevazione degli eventi ed alla loro analisi finalizzata all'individuazione degli elementi di criticità, sui quali poter intervenire attraverso l'elaborazione di raccomandazioni che possano aiutare gli operatori sanitari del Centro ad individuare i pazienti a rischio e prevenire l'evento caduta.



IL SISTEMA DI SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA

Come detto in precedenza, gli eventi avversi sono eventi inattesi correlati al processo terapeutico che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. I sistemi di reporting di tali eventi rappresentano uno strumento indispensabile per aumentare la conoscenza delle cause e dei fattori contribuenti in base al “principio dell’imparare dall’errore”.

L’evento sentinella è definito un *“evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un’indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell’organizzazione”*.

Pertanto, la definizione e la tipologia degli eventi sentinella sono funzionali agli obiettivi e alle esigenze del Centro. Pertanto, ogni volta che si verifica un evento avverso, Il Centro, oltre a prendere in carico il paziente per attuare tutte le misure necessarie al fine di mitigare il danno e attivare i dovuti processi di comunicazione con pazienti e/o loro familiari in modo trasparente e completo, mette in atto le seguenti azioni, relativamente alla procedura di segnalazione dell’evento sentinella:

- l'operatore sanitario coinvolto nell’evento avverso o che sia venuto a conoscenza dell’occorrenza di un evento avverso comunica quanto accaduto alla Direzione Sanitaria secondo le procedure stabilite;
- il Referente per le funzioni della sicurezza del paziente avvia immediatamente una analisi interna per stabilire se l’evento avverso soddisfa i criteri per essere definito evento sentinella;
- sempre il Referente per le funzioni della sicurezza raccoglie ed analizza tutte le informazioni necessarie, al fine di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dell’evento.

FORMAZIONE ED INFORMAZIONE DEL PERSONALE

La sicurezza dei pazienti è una delle dimensioni determinanti della qualità delle cure e, pertanto, è uno degli obiettivi prioritari che il Centro si pone. Lo sviluppo di interventi efficaci è strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell’organizzazione e dei fattori umani, richiedendo una cultura diffusa che consenta di mettere in atto misure organizzative e comportamenti volti a promuovere la sicurezza.

Rafforzare le competenze dei professionisti è, dunque, un valore essenziale e necessario per assicurare l’erogazione di cure efficaci e sicure e, a tal fine, la formazione costituisce lo strumento indispensabile e privilegiato.

La richiesta di prestazioni assistenziali di qualità e personalizzate è sempre più in aumento; si accresce pertanto anche il livello di competenza e responsabilità degli operatori sanitari nei confronti della persona assistita, grazie alla professionalità di operatori preparati e capaci di confrontarsi in equipe multidisciplinari.

L’attivazione di attività di formazione mirate alla riduzione degli errori e alla gestione del rischio clinico può



portare indubbi vantaggi, in quanto consente di aumentare la sicurezza del paziente, in primis, ma anche di aumentare efficienza e qualità del sistema, permettendo, altresì, di ridurre i costi aggiuntivi derivanti da errori.

PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO ED INNOVAZIONE

Il Centro Starbene pone una crescente attenzione nell'allocazione delle risorse sulle tecnologie sanitarie che dimostrino un adeguato rapporto costo-beneficio.

Migliorare l'erogazione dei servizi sanitari significa, per l'azienda, anche mettere a punto un modello che sia veramente **inclusivo**, che riduca - e possibilmente elimini - le **disuguaglianze**. Per fare questo vengono proposti sul territorio percorsi di cura e di prevenzione gestiti in modo sistematico, moderno e integrato.

Nonostante gli elevati costi, l'innovazione, quando efficace, offre notevoli benefici, quindi, anche nei momenti di crisi economica e di contrazione della spesa, non sono interrotti gli investimenti di risorse e capitali.

Tuttavia, è necessario valutare attentamente il livello del rischio che si è disposti ad accettare quando si investe in una innovazione che, per sua stessa natura, è accompagnata da un certo grado di incertezza.

L'innovazione necessita, quindi, di processi e strumenti utili a:

- comprendere le potenzialità di un'innovazione;
- valutare le conoscenze disponibili sull'innovazione;
- analizzare le ricadute dell'adozione dell'innovazione dal punto di vista economico, organizzativo, dello sviluppo professionale e dell'equità del sistema;
- prendere decisioni e monitorarne l'impatto nel proprio contesto.

Le fasi e gli strumenti utilizzati in un'ottica di breve e medio periodo sono descritti nel seguente prospetto:



PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO ED INNOVAZIONE

RIFERIMENTO	OBIETTIVO	AZIONE	RISORSE	RESPONSABILITA'	INDICATORE	SCADENZA	STATO
Analisi contesto 10/01/2022 Politiche e strategie	Mantenere le certificazioni di sistema	Continuo monitoraggio del sistema di gestione qualità	DG – AQ – Spese di consulenza + Ente di certificazione	DG	Mantenimento della certificazione in accordo alle norme ISO 9001/2015	31/12/2023	In corso
Analisi contesto 10/01/2022 Politiche e strategie	Aumentare il fatturato	Puntare ad un ulteriore aumento del 5% ampliando la gamma dei servizi/terapie da erogare	Marketing/Ricerca di tecnologie mediche avanzate	DG / UC	RSQ 2022	31/12/2023	In corso
Analisi contesto 10/01/2022 Politiche e strategie	Aumentare il fatturato	Ricerca di nuovi specialisti e potenziamento degli stessi tramite corsi ad hoc	DG	DG	RSQ 2022	31/12/2023	In corso

Note per la compilazione:

- *Riferimento: indicare il principio della politica aziendale o il fattore di contesto che ha condotto alla definizione dell'obiettivo di miglioramento.*
- *Obiettivo: specificare l'obiettivo di miglioramento, possibilmente quantificato, che l'organizzazione si prefigge di raggiungere*
- *Azione: specificare l'azione/le azioni pianificate per il raggiungimento dell'obiettivo individuato*
- *Risorse: specificare le risorse messe a disposizione dall'Alta Direzione (interne o esterne), indicando, ove applicabile, una quantificazione del budget allocato*
- *Responsabilità: specificare il nominativo del soggetto (o l'Ente/Mansione interna all'organigramma aziendale) a cui è stata assegnata la responsabilità del raggiungimento dell'obiettivo*
- *Scadenza: specificare la scadenza entro la quale è stato pianificato il raggiungimento dell'obiettivo*



PROGRAMMA PER L'UMANIZZAZIONE E LA PERSONALIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA

La Direzione ha predisposto un programma:

- per lo sviluppo di attività (assistenziali-organizzative) orientate a migliorare l'accessibilità e l'accoglienza degli utenti;
- per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari;
- specifici requisiti riguardanti il confort delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per pazienti ed accompagnatori;
- specifici requisiti per il rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni.

Nello specifico, si osserva come si presti particolare attenzione ad alcuni temi legati al benessere psico-fisico della persona come l'accoglienza e la dignità umana. La valorizzazione dell'assistenza e dell'autonomia personale, i bisogni elementari, l'ambiente pulito e confortevole, gli orari di accesso, la cura igienica, la gestione del paziente fragile o di diversa religione e cultura, le tecniche di comunicazione sono alcuni dei punti che devono essere analizzati affinché si possa definire applicato il punto in oggetto.

In ultimo, anche l'ambiente circostante influisce sulla qualità percepita da parte del paziente. Il comfort dell'area di degenza, le aree dedicate al personale e quelle di attesa trovano in questo criterio la loro valutazione. Gli spazi di socializzazione, la cura delle aree verdi se presenti, i servizi di ristorazione nelle aree comuni, le aree giochi in caso di pazienti in età evolutiva, la cromoterapia sono solo alcuni dei fattori che vengono valutati e monitorati.

CRITERI PER LA VALUTAZIONE DEL GRADO DI UMANIZZAZIONE

AREA	SOTTO-AREA	CRITERI
1	Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona	Funzione di supporto psicologico
		Attività/Interventi per favorire la socialità e la continuità con il mondo esterno
		Agevolazione del supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti
		"Starbene" senza dolore
	Rispetto della Privacy	Rispetto dell'anonimato e della non diffusione dei dati "particolari"
		Rispetto della riservatezza
	Impegno per la non discriminazione culturale, etnica e religiosa	Rispetto delle specificità linguistiche
		Rispetto delle esigenze di culto
Rispetto delle specificità etniche e culturali		
Continuità delle cure	Agevolazione della continuità delle cure	
2	Accessibilità fisica	Eliminazione delle barriere architettoniche e sensoriali
		Accessibilità ai pedoni e ai mezzi di trasporto
	Logistica e segnaletica	Orientamento e segnaletica
		Percorsi Interni
	Aree di trattamento	Dotazioni e caratteristiche dei reparti
		Aree a misura di "bambino"
	Comfort generale della struttura	Comfort
		Comfort dei servizi comuni
Comfort delle sale d'attesa	Comfort delle sale d'attesa	
3	Semplificazione delle procedure	Semplificazione delle modalità di prenotazione
		Semplificazione delle modalità di accesso alle prestazioni
	Agevolazione dell'accesso alle informazioni e trasparenza	Agevolazione dell'accesso alla documentazione sanitaria
		Accesso alle informazioni
		Contenuti e accessibilità del sito Web
4	Relazione tra professionista sanitario e paziente	Cura della comunicazione clinica
		Formazione e supporto al personale per la cura della relazione con il paziente
	Relazione con il cittadino	Assunzione di impegni nei confronti del cittadino
		Accoglienza
		Formazione del personale di contatto

Il Rappresentante Legale
Dott. Vito De Martino

Centro Fisiokinesiterapico
STARBENE S.r.l.
 Il Legale Rappresentante
Dott. Vito De Martino