

PIANO OPERATIVO



Rev. 1

del 29/10/2024

Emesso ed approvato
[Signature]
[Signature]
[Signature]

INDICE

- 1. INTRODUZIONE**
- 2. POLITICA AZIENDALE ED OBIETTIVI GENERALI/STRATEGICI**
- 3. PIANO OBIETTIVI**
- 4. VERIFICA OBIETTIVI ED AZIONI DI MIGLIORAMENTO**

1. INTRODUZIONE

Il presente piano operativo viene redatto, in conformità ai requisiti di accreditamento e certificazione di qualità, in rispondenza a quanto previsto dal:

- **REGOLAMENTO REGIONALE 21 gennaio 2019, n. 4 (art.8)**
“Regolamento regionale sull’Assistenza residenziale e semiresidenziale ai soggetti non autosufficienti - Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) estensiva e di mantenimento-Centro diurno per soggetti non autosufficienti”
- **REGOLAMENTO REGIONALE 23 luglio 2019, n. 16 (1°Criterio – Requisito 1.1.)**
“Disposizioni in materia di accreditamento - approvazione manuali di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie”
- **UNI EN ISO 9001:2015 Sistemi di gestione per la Qualità – Requisiti**

Il Presidente, in collaborazione con il RAQ ed il **Responsabile Sanitario**, si occupa, annualmente, della relativa predisposizione stabilendo gli obiettivi di attività e qualità, annuali e misurabili (cfr. paragrafo 6.1 del “Manuale Integrato Qualità ed Accredimento”), **coerentemente con la politica aziendale, la carta dei servizi, la normativa in ambito di accreditamento ed autorizzazione al funzionamento, la normativa di riferimento in generale (internazionale, nazionale, ...) e con gli obiettivi previsti nei documenti di programmazione sanitaria regionale.**

Il piano operativo **viene condiviso** con il personale e i rappresentanti/associazioni del territorio; tale attività può comportare una modifica del piano stesso, sulla base di quanto emerso.

Il personale svolge le proprie attività finalizzandole al conseguimento degli obiettivi generali e, più in particolare, degli obiettivi fissati nel presente piano.

2. POLITICA AZIENDALE

La Politica Aziendale (cfr. paragrafo 5.1 del “Manuale Integrato Qualità ed Accredimento” e relativo **Allegato 1**) è un documento importante perché agisce da motore per l’organizzazione. Fissa, di concerto con la Carta dei Servizi, gli indirizzi generali/strategici del CAS di seguito specificati, sulla base dei quali sono definiti gli obiettivi specifici.

L’Associazione si prefigge di erogare servizi sociosanitari ed alberghieri di qualità, secondo i bisogni del territorio e a costi compatibili con risorse date, per il benessere delle **persone non autosufficienti.**

Con questa prioritaria consapevolezza, la Direzione del Residenza Socio Sanitaria Assistenziale “Centro Anziani Storelli” definisce ed attua la Politica Aziendale, nell’ambito delle proprie strategie di sviluppo, al fine di:

- **soddisfare pienamente le aspettative degli ospiti e degli utenti (famiglia, comunità, ...), attraverso servizi socio-assistenziali conformi ai requisiti di legge;**
- **prestare la massima attenzione alla qualità delle cure offrendo un modello di assistenza interdisciplinare e personalizzato;**
- **offrire un ambiente di vita gradevole, confortevole e fruibile da persone con autonomia ed autosufficienza ridotte;**
- **garantire nell’erogazione delle prestazioni socio sanitarie, assistenziali, alberghiere ed amministrative, la libertà e dignità personale, il diritto di partecipazione;**
- **migliorare le specifiche fasi organizzative e gestionali, migliorando i propri standard;**
- **garantire una corretta ed efficace gestione dei dati e delle informazioni;**
- **promuovere opportunità di qualificazione e sviluppo professionale (formazione ed aggiornamento continuo), assicurare una soddisfacente qualità della vita professionale e garantire ambienti di lavoro salutarì e sicuri;**
- **stimolare la partecipazione dei familiari alla vita del Centro informandoli delle attività sociali, educative, culturali, ... organizzate al suo interno;**
- **favorire un ambiente di lavoro che, ispirato al rispetto, alla correttezza ed alla collaborazione, permetta il coinvolgimento e la responsabilizzazione del personale, esercitando ogni attività in conformità al Vangelo ed ai principi e valori definiti nel Codice Etico che l’Associazione ha adottato come parte integrante del proprio modello organizzativo.**

3. PIANO OBIETTIVI

Il piano viene redatto al fine di raggiungere gli obiettivi definiti dall’Associazione.

In esso si mette in evidenza quali sono gli specifici obiettivi che si vogliono conseguire, il processo al quale afferiscono, le attività necessarie al loro conseguimento, le responsabilità, gli indicatori per misurarne il grado di raggiungimento ed il valore atteso (risultato).

Come evidenziato al paragrafo 5.3 del “Manuale Integrato Qualità ed Accreditamento”, sono previsti obiettivi fissi, quelli definiti “di benessere” e quelli afferenti la Certificazione ISO 9001:2015 ed il rischio clinico (non variano negli anni o variano nel lungo periodo) ed obiettivi variabili (variano annualmente).

Gli obiettivi variabili, invece, vengono elaborati sulla base delle indicazioni provenienti dall'analisi di contesto (esempio: adeguamento normativo, ...), dalla procedura di gestione dei rischi (alcune criticità potrebbero portare a perseguire obiettivi già considerati tra quelli "di benessere"; si pensi a riguardo alla gestione delle cadute) e dalle risultanze del questionario di soddisfazione del cliente. Per quanto concerne l'analisi dei rischi, verranno presi in considerazione ed opportunamente trattati solo i primi n. 5 rischi con IPR più elevato indicati nella "Priority list"; potrebbero essere trattati anche altri rischi (oltre ai primi 5), qualora il Presidente e/o il RAQ ed il **Responsabile Sanitario** lo ritengano opportuno.

Per i dettagli inerenti quanto predetto si faccia riferimento all'allegato al presente documento.

4. VERIFICA OBIETTIVI ED AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Al termine del periodo di monitoraggio, inserito nel campo "durata/tempistica", previsto per il conseguimento dell'obiettivo, qualora quest'ultimo non fosse stato raggiunto, la Direzione attiva la fase di intervento (cfr. "Piano degli obiettivi" allegato) che prevede la messa in atto di azioni migliorative che permettano di perseguire l'obiettivo mancato; tale fase, prevede la descrizione dell'azione migliorativa, la designazione, da parte della Direzione, del/dei responsabile/i dell'attuazione della stessa e le relative tempistiche.

Le attività predisposte per attuare il miglioramento vengono determinate basandosi sulla competenza degli esperti, sulla raccolta di informazioni e sulla base di linee guida e raccomandazioni basate sull'evidenza e sono coerenti alle cause degli inconvenienti individuati.

A seguito dell'implementazione dell'azione migliorativa, viene rivalutato il raggiungimento o meno dell'obiettivo innescando un procedimento continuativo e ciclico di miglioramento.