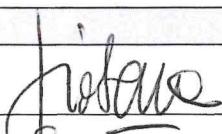
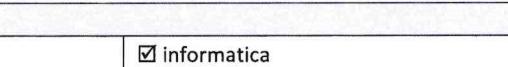


 ASL VITERBO	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE	 REGIONE LAZIO
Edizione 1 del 22/04/25	SISTEMA GESTIONE QUALITÀ	Pag. 1 a 6

ASL VITERBO
RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE
SISTEMA GESTIONE QUALITÀ

ELENCO EDIZIONI/REVISIONI			
Revisione	Data	Edizione 1	Data 22/04/25
Revisione	Data	Edizione	
Revisione	Data	Edizione	
<input checked="" type="checkbox"/> Copia controllata (soggetta ad aggiornamento)			
Razionale e descrizione revisioni successive			
Revisione 1			

ELENCO EMISSIONE/APPROVAZIONE	
Redatto da	
Coordinamento aziendale RLCP	
Supporto metodologico e coaching	
Giacomini Simona	
Approvata	
Direttore Sanitario Aziendale – Dr. Rizzotto Antonio	

DISTRIBUZIONE		
Distribuito in forma	<input type="checkbox"/> cartacea	<input checked="" type="checkbox"/> informatica
Distribuzione interna	Componenti della Rete Locale di Cure Palliative	
Distribuzione esterna	Componenti della Rete Locale di Cure Palliative	
Lista di distribuzione a cura di	Coordinatore RLCP	

INDICE

1. SCOPO	2
2. COMPATIBILITÀ ED INTEGRAZIONE CON IL SISTEMA QUALITÀ AZIENDALE.....	2
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	2
4. REFERENTE DI ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA PER LA QUALITÀ	2
5. METODI E STRUMENTI	2
6. CONTROLLO DELLE INFORMAZIONI DOCUMENTATE	3
7. CONTROLLO DELLA PRODUZIONE E DELL'EROGAZIONE DEL SERVIZIO.....	4
8. GESTIONE NON CONFORMITÀ	5
9. INDICATORI DI STRUTTURA, PROCESSO ED ESITO.....	6
10. LISTA DI DISTRIBUZIONE E AGGIORNAMENTO	6

GLOSSARIO	
RLCP	RETE LOCALE CURE PALLIATIVE
AO	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA, OSSIA OGNI NODA DELLA RLCP
SGQ	SISTEMA GESTIONE QUALITÀ
RSGQ - AO	RESPONSABILE QUALITÀ ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA
RQ	RESPONSABILE QUALITÀ
NC	NON CONFORMITÀ

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE SISTEMA GESTIONE QUALITÀ	 REGIONE LAZIO Pag. 2 a 6
---	--	--

1. SCOPO

La Rete delle Cure Palliative promuove qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate, in accordo con gli indirizzi regionali e nazionali in materia.

La Rete locale di cure palliative (RLCP) ha implementato un sistema di gestione per la qualità conforme ai requisiti per l'accreditamento e alle norme cogenti per:

- incrementare la soddisfazione del cliente attraverso l'efficace applicazione del sistema e dei processi di miglioramento continuo
- fornire servizi conformi alle aspettative dei clienti, dell'azienda e nel rispetto delle norme e dei regolamenti vigenti nel rispetto dei principi di efficienza, efficacia ed economicità
- incrementare le iniziative di sviluppo sostenibile in un'ottica di miglioramento continuo.

2. COMPATIBILITÀ ED INTEGRAZIONE CON IL SISTEMA QUALITÀ AZIENDALE

Il presente documento verrà aggiornato e revisionato nel rispetto delle politiche aziendali della qualità che verranno emanate dalla Direzione Strategica.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il campo di applicazione del Sistema di Gestione per la Qualità è quello della fornitura di servizi di assistenza per persone con patologie terminali nell'ambito della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP).

Le disposizioni contenute nel Sistema di Gestione per la Qualità devono essere applicate e fatte applicare in tutte le articolazioni organizzative che rappresentano i nodi della RLCP poiché tutte concorrono al raggiungimento dei livelli qualitativi previsti. La AO allineano il proprio sistema qualità aziendale ai principi contenuti nel presente documento per quanto concerne le attività di cure palliative.

4. REFERENTE DI ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA PER LA QUALITÀ

Le articolazioni organizzative coinvolte individueranno un referente per la gestione del sistema qualità (RGSQ-AO), che potrà coincidere con il Referente Qualità Aziendale o essere altro professionista scelto all'interno della AO interessata, e che avrà la funzione di:

- mantenere aggiornata la lista di aggiornamento e distribuzione della documentazione prodotta,
- organizzare audit periodici,
- monitorare l'attuazione di azioni risolutive in caso di non conformità e di azioni di miglioramento laddove si riscontrino opportunità di implementare il livello di qualità

5. METODI E STRUMENTI

Il sistema gestione qualità mira a consolidare l'approccio per processi attraverso un'analisi sistematica che orienti i processi decisionali e punti al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza operativa secondo principi di economicità.

Tale approccio si applica facendo ricorso alla metodologia del ciclo di Deming:

- a) PLAN - Pianificare i processi considerando il rischio
- b) DO - Realizzare i processi
- c) CHECK - Monitorare e misurare le prestazioni
- d) ACT – Incorporare i miglioramenti se necessario

L'analisi dei processi inoltre presuppone il risk based thinking per individuare il livello di rischio espresso dalle diverse attività.

Ogni documento prodotto che declini un processo proprio della rete deve contenere una specifica sul risk assessment affinché risulti evidente il rischio espresso delle attività che definiscono il processo stesso.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE SISTEMA GESTIONE QUALITÀ	 Pag. 3 a 6
---	--	---

Le disposizioni utili al controllo delle attività sono veicolate e condivise attraverso la produzione di: piani operativi, regolamenti, procedure e istruzioni operative e la modulistica correlata.

Tali documenti devono definire:

- i processi e la sequenza e le interazioni tra i processi;
- i criteri e i metodi necessari ad assicurare la conduzione di tali processi e la loro effettiva applicazione;
- le modalità di raccolta e registrazione dei dati occorrenti alla gestione e al monitoraggio dei processi;
- le modalità di analisi, misura e monitoraggio dei processi in modo da mettere in atto le misure atte a raggiungere i risultati pianificati.

Tali documentazioni possono essere raccolte in un manuale e vengono in ogni caso codificate e distribuite ai portatori di interesse e aggiornate periodicamente (almeno ogni tre anni) e in caso di necessità qualora intervengano modifiche organizzative o normative.

Il format da utilizzare è quello del presente documento.

Piani operativi e regolamenti	Definiscono le regole di funzionamento della RLCP e la pianificazione annuale delle attività. Sono di competenza dell'organismo di Coordinamento aziendale della RLCP, vengono approvate dalla Direzione strategica mediante atto deliberativo.
Procedure Operative	Descrivono le modalità di svolgimento delle attività, le responsabilità e i compiti delle varie funzioni dell'azienda, elencano la modulistica utilizzata. Sono elaborate e verificate dai responsabili dei nodi della rete, o da gruppi di lavoro da questi individuati ad hoc, con l'eventuale supporto dello staff di direzione strategica e dei Responsabili della qualità delle singole articolazioni organizzative coinvolte. Sono verificate dall'organismo di coordinamento aziendale della RLCP e approvate dalla Direzione sanitaria aziendale. Le Procedure Operative prescrivono la compilazione della modulistica di supporto o l'utilizzo di piattaforma condivise, che consentono la registrazione della effettiva modalità di svolgimento delle attività. Questi documenti sono archiviati e gestiti con controllo di revisione e sono inseriti nell'elenco dei documenti del Sistema di Gestione per la Qualità. Possono essere deliberate, anche come presa d'atto sotto forma di manuale (raccolta di più procedure e istruzioni operative).
Istruzioni Operative	Sviluppano il contenuto delle Procedure Operative, descrivono, con il livello di dettaglio necessario, le modalità operative cui si attengono gli operatori di specifiche aree di attività aziendale. Sono connesse con le procedure operative e pertanto seguono le stesse indicazioni sopra riportate.

La Rete garantisce l'utilizzo regolare degli strumenti di valutazione della qualità percepita da parte del malato, quando possibile, e dei famigliari per le cure prestate durante il periodo di assistenza palliativa.

Le Rete garantisce il pronto aggiornamento della Carta dei servizi e della pagina web dedicata, sia sul portale aziendale (www.asl.vt.it) sia sui singoli siti istituzionali delle articolazioni organizzative coinvolte.

6. CONTROLLO DELLE INFORMAZIONI DOCUMENTATE

Tutte le informazioni che definiscono e monitorano i processi sono documentate tenute sotto controllo per assicurare che siano disponibili e idonee all'utilizzo, dove e quando necessario.

Tali informazioni documentare sono identificate, archiviate, aggiornate, ovvero eliminate poiché superate da altra documentazione prodotta.

Ogni documento prodotto deve indicare:

- a) modalità e lista di distribuzione,
- b) modalità di accesso, reperimento e utilizzo,
- c) archiviazione e aggiornamento, attraverso l'indice di revisione.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE SISTEMA GESTIONE QUALITÀ	 REGIONE LAZIO Pag. 4 a 6
--	--	--

7. CONTROLLO DELLA PRODUZIONE E DELL'EROGAZIONE DEL SERVIZIO

L'organismo di Coordinamento della RLCP pianifica e svolge attività di controllo dei servizi erogati, sia dai fornitori interni che esterni e ne fornisce espressa rendicontazione alla Direzione strategica.

A tal fine è necessario che tutte le informazioni vengano documentate e che vengano definiti obiettivi misurabili con espressione condivisa tra le parti degli indicatori da misurare e degli standard da conseguire.

Audit interni periodici verranno attivati per verificare l'aderenza dei servizi nell'applicazione delle procedure/istruzioni operative condivise.

Saranno altresì condotte indagini di customer satisfaction annuali e sulla base degli esiti verranno definite annualmente le azioni di miglioramento. In ambito palliativo, la soddisfazione dei pazienti insieme al raggiungimento di una buona qualità di vita è considerato un importante indicatore di esito e di processo dell'assistenza. Il grado di soddisfazione viene considerato un importante outcome da investigare soprattutto ad assistenza conclusa.

L'analisi e il monitoraggio continuo è necessario al fine di trattare i rischi e le opportunità per:

- dare assicurazione che il Sistema Qualità raggiunga i risultati attesi
- prevenire, o ridurre, effetti indesiderati
- mettere in atto il miglioramento continuo.

Nella tabella seguente vengono indicate le parti interessate, le rispettive esigenze e i requisiti rilevanti:

Parti interessate	Esigenze	Requisiti rilevanti
Utenti	Cure appropriate	Rispetto volontà e aspettative Scelta del setting appropriato Efficacia delle cure Rispetto dei tempi nell'erogazione del servizio Capacità ricettiva adeguata
Azienda Sanitaria	Efficienza, efficacia, economicità e conformità del servizio	Contenimento dei costi Controllo liste d'attesa e prestazioni erogate nei tempi previsti Riduzione dei contenziosi e dei reclami Rispetto della normativa e delle evidenze scientifiche Rispetto dei requisiti di accreditamento Rispetto degli accordi contrattuali e rispetto remunerazioni
Operatori coinvolti	Benessere organizzativo	Formazione continua Sicurezza sul lavoro Possibilità di utilizzo di tecnologie e presidi innovativi Possibilità di operare secondo le più recenti evidenze scientifiche Gestione dei turni di lavoro nel rispetto dei contratti vigenti
Fornitori	Giusta remunerazione per i servizi resi	Rispetto accordi contrattuali Rispetto dei tempi di pagamenti
Comunità locale	Servizi equi ed efficaci	Comportamenti etici Salvaguardia dell'ambiente e della comunità Equità, prossimità dei servizi e facilità di accesso

La struttura pianifica:

- le azioni per trattare i rischi e le opportunità
- le modalità per:
 - rendere effettive ed integrare le azioni all'interno dei processi
 - valutarne l'efficacia.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE SISTEMA GESTIONE QUALITÀ	 REGIONE LAZIO Pag. 5 a 6
---	--	--

8. GESTIONE NON CONFORMITÀ

Per "Non Conformità" si intende un mancato soddisfacimento da parte del Sistema Qualità di un requisito o una deviazione rispetto alle specifiche di riferimento, cioè il mancato soddisfacimento di una esigenza o aspettativa che può essere espressa, generalmente implicita o cogente, e quindi lo scostamento dai valori di specifica, o l'assenza, di una o più caratteristiche di qualità.

Le Non Conformità possono riferirsi:

- a) a un prodotto:
 - riguardano tutte le anomalie riferibili a materiali, attrezzature o prodotti che la Rete riceve, acquista e utilizza, quali materiali approvvigionati, dispositivi, attrezzature, strumenti
 - agli esiti di interventi assistenziali, risultati di attività/processi di produzione, ecc,
- b) a un servizio: riferite ai tempi, alle modalità e caratteristiche con cui il servizio è erogato (tempi di attesa e/o di esecuzione di prestazioni, modalità di accesso alla struttura, modalità di comunicazione con l'utente, ecc.),
- c) a un processo: riferite alla non corretta applicazione delle disposizioni operative; riguardano la mancata applicazione di istruzioni, modalità operative consolidate e/o concordate, documenti prescrittivi specificati (scostamento dalle linee guida, cartella clinica compilata in modo inadeguato, smaltimento rifiuti in contenitori non idonei, manutenzione preventiva delle apparecchiature non eseguita, ecc),
- d) riconducibili al Sistema di Gestione per la Qualità: riconducibili alla mancata attività di miglioramento continuo.

Il controllo delle attività e il rilievo di Non Conformità riguarda con le stesse modalità i servizi interni e quelli affidati a terzi: consulenti o società fornitrice.

La rilevazione di Non Conformità è compito e responsabilità del Responsabile della funzione/servizio interessato e/o del Responsabile Qualità dell'articolazione organizzativa.

Le Non Conformità, che siano di prodotto, di servizio, di processo, di sistema, sono trattate a mezzo di:

- correzione
- segregazione, contenimento, sospensione del servizio o del prodotto
- informazioni al Cliente

La Struttura conserva informazioni documentate che descrivono le Non Conformità rilevate, le azioni adottate per la loro risoluzione e ogni altra informazione ad esse relativa.

Le azioni per correggere una Non Conformità devono essere adeguate agli effetti delle non conformità riscontrate.

Quando si verifica una Non Conformità, comprese quelle che emergono dai reclami, la RLCP:

- a) reagisce alla non conformità e intraprende azioni per tenerla sotto controllo, correggerla e affrontarne le conseguenze
- b) valuta l'esigenza di azioni per eliminare le cause della Non Conformità, in modo che non si ripeta o non si verifichi altrove: riesaminando e analizzando la Non Conformità, determinando le cause della Non Conformità e determinando se esistono o potrebbero verificarsi Non Conformità simili;
- c) attua ogni azione necessaria
- d) riesamina l'efficacia di ogni azione intrapresa per correggere la Non Conformità
- e) aggiorna, se necessario, i rischi e le opportunità determinati nel corso della pianificazione
- f) effettua, se necessario, aggiornamenti della documentazione del SGQ.

Gli Audit sono condotti su base:

- programmata, con pianificazione generalmente annuale
- straordinaria, ogni qualvolta la Direzione Aziendale, il coordinamento aziendale di RLCP e/o RQ delle articolazioni organizzative ne rilevino la necessità.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedura e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO Edizione 1 del 22/04/25	RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE SISTEMA GESTIONE QUALITÀ	 REGIONE LAZIO Pag. 6 a 6
--	--	--

9. INDICATORI DI STRUTTURA, PROCESSO ED ESITO

Sulla base della pianificazione svolta per il miglioramento continuo di tutti i processi necessari al funzionamento della RLCP, il RSGQ - AO provvede a facilitare la raccolta dei dati necessari al fine di analizzare l'andamento dei processi monitorati.

Per ogni processo sono poi generati degli indici costituenti i risultati di tali analisi, affinché il processo stesso possa essere misurato ed il suo monitoraggio generi opportunità di miglioramento continuo.

Le attività di misurazione, analisi e miglioramento sviluppate dalla Struttura sanitaria sono finalizzate ad ottenere nel tempo le necessarie informazioni e a conoscere i miglioramenti o le diminuzioni di efficacia della rete.

Questa analisi supporterà l'organismo di Coordinamento aziendale della RLCP nella definizione del Piano annuale indirizzando le azioni di miglioramento e di revisione dei processi.

10. LISTA DI DISTRIBUZIONE E AGGIORNAMENTO

La lista di distribuzione e aggiornamento (file excel) va mantenuta a cura di ogni articolazione organizzativa, in particolare va gestita dal RSGQ –AO.

La stessa deve contenere i campi di seguito indicati:

<i>Titolo documento</i>
<i>Lista di distribuzione (si aggiorna ad ogni revisione)</i>
<i>Data ultimo aggiornamento</i>
<i>Revisione prevista</i>
<i>Revisione straordinaria</i>
<i>Motivazioni e principali aggiornamenti apportati</i>
<i>Modulistica allegata</i>

ID	Titolo	Lista distribuzione	Data ultimo aggiornamento	Data revisione prevista	Data revisione effettiva	Motivo aggiornamento	Principali aggiornamenti	Moduli allegati

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Procedure e istruzioni operative	Interno ASL Livello 3	ASL VT