

ARKA s.r.l.- Residenza Sanitaria Assistenziale

1.1 Presentazione

- **ARKA:** è una struttura extraospedaliera territoriale accreditata con il SSR, destinata ad ospitare soggetti prevalentemente non autosufficienti, anziani e no, disabili non assistibili a domicilio e richiedenti trattamenti continui. Finalizzata a fornire accoglienza, prestazioni sanitarie, assistenziali, di recupero funzionale, sociale e riabilitative.

La struttura è divisa in due moduli:

- un modulo da 39 p.l. per anziani non autosufficienti, disabili fisici e sensoriali;
- un moduli da 15 pl per soggetti disabili psichici.

Nella Carta dei servizi della R.S.A. sono dettagliate le prestazioni offerte nell'ambito di ciascun servizio.

1.2 FINI ISTITUZIONALI

Scopo della R.S.A. è quello di erogare assistenza medico-infermeristica e riabilitativa in regime di ricovero. Il suo fine istituzionale *nel campo dell'assistenza sanitaria comprende le seguenti attività:*

- ❖ facilitare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini, riducendo al minimo i tempi di attesa e semplificando le procedure
- ❖ garantire le cure del più alto livello possibile di qualità, tenendo conto dello stato di malattia del paziente, in condizioni materiali della massima confortevolezza ed assicurando una situazione relazionale quanto più prossima alle esigenze di umanizzazione e personalizzazione della pratica medica
- ❖ garantire la disponibilità di tutti i mezzi giudicati necessari per la terapia da parte dell'équipe medica responsabile.
- ❖ informare compiutamente e correttamente il cittadino sulla diagnosi formulata e sulla terapia consigliata, mettendolo in condizioni di decidere consapevolmente in merito alla propria salute ed alla qualità della vita

1.3 PRINCIPI FONDAMENTALI

Ogni cittadino utente ha il diritto di scegliere liberamente, al di fuori di ogni costrizione materiale e morale, il medico ed il luogo di cura; nel rispetto di tali principi fondamentali la R.S.A. si è impegnata e si impegna costantemente per assicurare l'accesso alle cure nei tempi più brevi possibili, qualunque sia l'appartenenza sociale, razziale, ideologica, politica, economica e di età del cittadino utente in ossequio ai principi fondamentali di eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione.

2. POLITICA DELLA QUALITÀ ED OBIETTIVI

L'adozione di un Sistema di Gestione per la Qualità conforme alla norma ISO 9001:2015 ha definito un percorso di miglioramento dedicando la massima attenzione alla professionalità del Personale medico e paramedico ed all'efficienza della struttura sanitaria e di ospitalità per i degenti.

Il punto cardine della strategia aziendale per la qualità resta l'attenzione alle necessità ed esigenze degli utenti bisognosi, nella consapevolezza dell'importanza del ruolo svolto per assicurare la migliore qualità della vita possibile ai propri assistiti. Tale attenzione trova i suoi punti di riferimento nei principi della politica sanitaria definiti dalla Regione Siciliana e riportati nei suoi documenti programmatici:

- ❖ umanizzazione
- ❖ universalità
- ❖ accessibilità
- ❖ accuratezza
- ❖ appropriatezza e pertinenza
- ❖ efficacia
- ❖ efficienza

Il costante monitoraggio dei processi di erogazione dei servizi consente di disporre di dati utili ai fini del miglioramento dell'efficacia delle terapie, della ottimizzazione dei costi, della massimizzazione dei livelli di soddisfazione da parte dei cittadini utenti.

In tale prospettiva la *mission* della R.S.A. resta così definita:

- ❖ ***Facilitare l'accesso ai servizi*** attraverso l'informazione, la gestione delle attese, l'accoglienza e l'orientamento dei cittadini utenti, la trasparenza dei percorsi
- ❖ ***Assicurare la più alta qualità delle prestazioni*** in termini di appropriatezza, tempestività, efficacia e continuità delle cure;
- ❖ ***Garantire la sicurezza dei pazienti e degli Operatori*** mediante l'individuazione dei possibili rischi clinici, l'attuazione delle misure di prevenzione, il monitoraggio ed il trattamento degli eventi avversi
- ❖ ***Migliorare la fornitura dei servizi*** attraverso l'arricchimento delle prestazioni, il potenziamento dei servizi, l'utilizzazione delle tecnologie più avanzate
- ❖ ***Accrescere il livello di professionalità*** di tutti gli operatori favorendo il lavoro di gruppo e la partecipazione a qualificati momenti di formazione ed addestramento
- ❖ ***Migliorare l'efficienza del sistema*** attraverso la prevenzione degli errori, la gestione degli imprevisti, l'ascolto sistematico dei cittadini utenti.
- ❖ ***Garantire la sicurezza sui luoghi di lavoro*** mediante la corretta attuazione delle disposizioni contenute nella legislazione vigente, con particolare riguardo ai contenuti del D. Lgs. 81/2008
- ❖ ***Assicurare la tutela dell'ambiente*** mediante la corretta attuazione delle normative europee, nazionali e regionali in materia;
- ❖ ***Ottimizzare i costi*** assicurando un governo dei processi di erogazione dei servizi orientato alla eliminazione degli sprechi ed alla riduzione dei tempi di attraversamento

3. SINTESI DELLE ATTIVITA' SVOLTE

A partire dall'anno 2006 ARKA RSA ha iniziato le attività di progettazione ed implementazione di un "Sistema di gestione per la qualità" conforme alle norme ISO 9001:2008; l'Ente di certificazione ne ha attestato la conformità a seguito degli audit condotti rilasciando il certificato.

La certificazione e gli audit di sorveglianza hanno consentito, inoltre, di verificare la rispondenza delle risorse strutturali (ambienti, impianti, apparecchiature) alle normative di legge, in particolare al decreto dell'Assessorato Regionale alla Sanità n. 890 del 17 giugno 2002, ed alle esigenze determinate dalla erogazione di servizi rispondenti agli standard di qualità prefissati e di provvedere, laddove necessario, al loro adeguamento. Nel 2017 è stata effettuata durante la verifica annuale la transizione alla nuova norma ISO 9001:2015 Ente di certificazione DNV .

La tecnologia software e hardware, appositamente studiata per il settore sanitario, che ha consentito l'informatizzazione della documentazione relativa alle prestazioni sanitarie ed alle attività amministrative, relativamente alla prenotazione e accettazione del paziente.

Il sistema HTS@N è implementato per la gestione delle scorte farmaceutiche per l'informatizzazione della Cartella Clinica e cartella infermieristica.

E' stata inoltre dedicata particolare attenzione alla individuazione delle esigenze/aspettative dei cittadini utenti anche attraverso la rilevazione dei livelli di qualità percepita espressi su questionari anonimi dai degenti.

E' stata redatta la "*Carta dei Servizi*" che viene revisionata annualmente e contiene tutte le indicazioni utili alla conoscenza della struttura, alla individuazione delle prestazioni offerte e delle modalità di accesso, agli standard di qualità assicurati, agli organismi di tutela dei cittadini utenti.

Le indicazioni emerse offrono un quadro positivo dei livelli di qualità percepita e delle opportunità di miglioramento, che costituiscono obiettivo primario e dichiarato dal Vertice Organizzativo.

3. ANALISI DEI RISULTATI 2020

I dati relativi al 2020 inevitabilmente hanno subito gli effetti della pandemia da Covid -19.

La gestione dell'emergenza Covid è stata gestita con molta serietà sono stati limitati gli ingressi ai parenti e tutte le attività non rimandabili sono state eseguite con una costante attenzione ad evitare possibili contagi, tenendo al primo posto la sicurezza di pazienti e del personale. I questionari a causa della pandemia da Covid-19 nell'anno 2020 non sono stati distribuiti per evitare materiale a disposizione di diversi soggetti.

L'analisi del report degli indicatori di processo effettuate nello scorso anno hanno evidenziato i seguenti risultati:

Il totale dei ricoveri in R.S.A nell'anno 2021 183, 2020 251 2019 317 326 nel 2018, 2017 è stato di 339 a fronte dei 295 del 2016; La variazione annuale sia in positivo che in negativo dei ricoveri dipende da una valutazione preventiva dell'U.V.M.e dalle autorizzazioni dei distretti di appartenenza.

L'indice di occupazione posti letto per l'anno 2021 58,33 2020 76,52 nel 2019 94,81 94,12 nel 2018, nel 2017 è di 93,39, nel 2016 era di 95,08.

I tempi medio di degenza (giorni) nel 2021 57,48; 2020 81,14 69,04 nel 2019 66,11 nel 2018, 65,37 nel 2017 a fronte di 84,56 del 2016. L'elevato numero di giorni di degenza evidenziano l'efficacia dei percorsi diagnostico/terapeutici.

Il tempo medio di assistenza infermieristica per degente si attesta per il 2021 111,03 2020 intorno ai 113,26, 125,78 nel 2019 111,08 nel 2018, nel 92,80 minuti/giorni nel 2017 di 91,15 nel 2016; il buon livello delle prestazioni di assistenza trova, in ogni caso, riscontro nei positivi dati rilevati dall'indagine di customer satisfaction.

3.1 Indicatori di customer satisfaction

Nella relazione allegata seguente sono stati valutati i dati inerenti il 2020.

Analizzando la soddisfazione generale e complessiva della Casa di Cura, si evidenzia che:

- il 62,9% degli intervistati è molto soddisfatto;
- il 17,1% è soddisfatto;
- il 20% non soddisfatto.

4. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

Sulla base dei risultati conseguiti e tenuto conto degli standard stabiliti dalla normativa di settore, l'attuale organico è adeguato ai volumi ed alla qualità delle prestazioni sanitarie ed accessorie da svolgere nell'anno 2020, sulla base di quanto riportato dal piano di lavoro.

La rilevazione del grado di soddisfazione dei dipendenti sarà effettuata nel 2022.

Relativamente alla formazione nell'anno 2022 è redatto ad inizio anno piano di formazione. L'attività didattica si è svolta attraverso lezioni frontali, lavori in gruppo e discussioni di gruppo a cui i partecipanti hanno aderito attivamente.

Il Personale sanitario inoltre ha partecipato ad eventi esterni accreditati ECM.

Per il dettaglio del monitoraggio si rimanda al documento relativo.

5. PIANI DI MIGLIORAMENTO

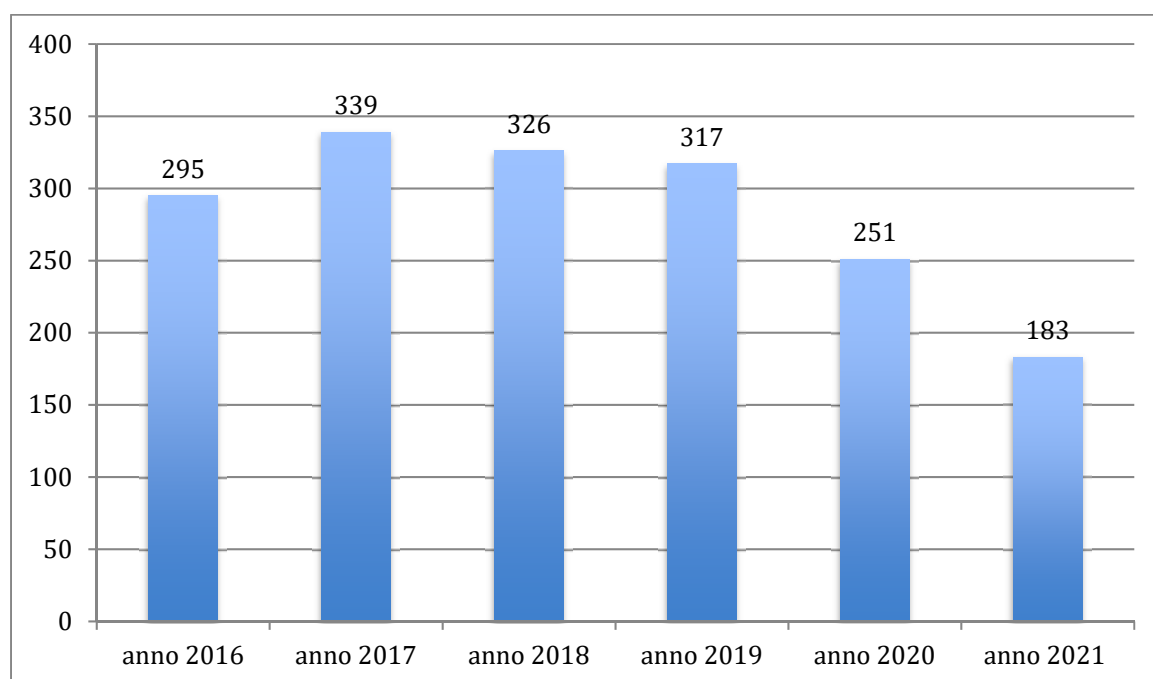
L'analisi dei risultati complessivi e gli approfondimenti conseguenti hanno consentito di individuare le aree sulle quali si ritiene opportuno intervenire con azioni di miglioramento.

Il piano di miglioramento per il 2021, approvato dal Comitato Qualità, regolarmente predisposto ad inizio anno è stato seguito e lo stato dell'arte è visualizzabile sul documento stesso al quale si rimanda.

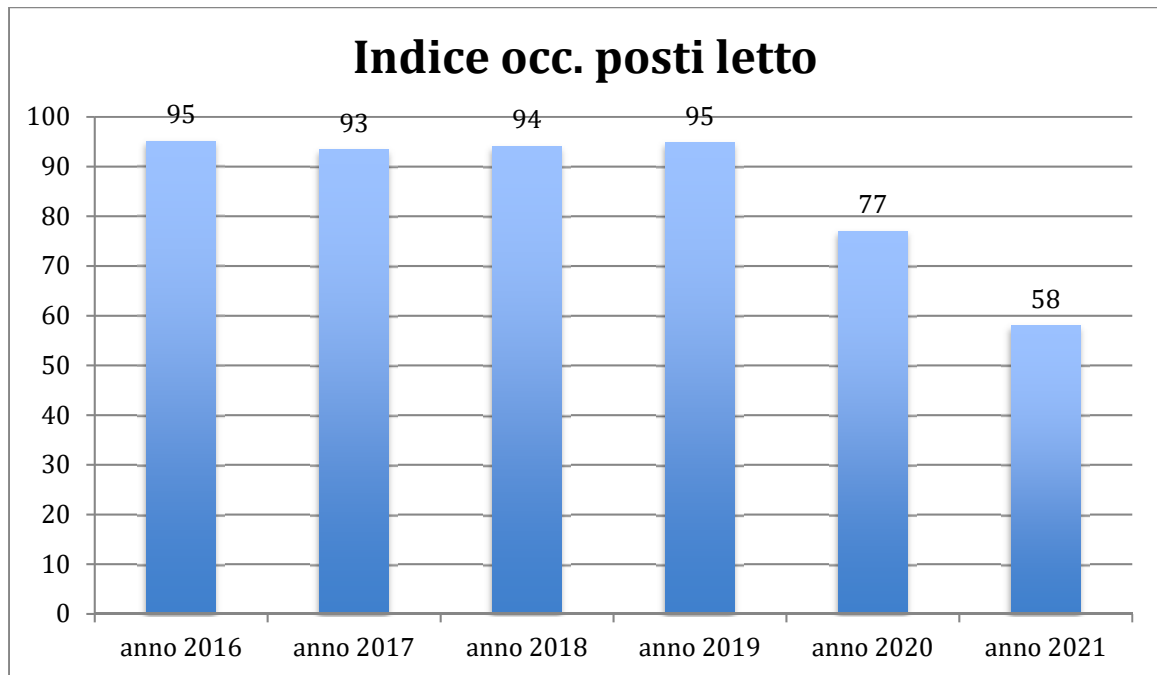
L'analisi dei risultati complessivi e gli approfondimenti conseguenti hanno permesso di individuare le aree sulle quali si ritiene opportuno intervenire con azioni di miglioramento. È stato emesso un piano di miglioramento per il 2022 che avrà applicazione nel corso dell'anno.

6. DATI STATISTICI SULLE ATTIVITA' SVOLTE

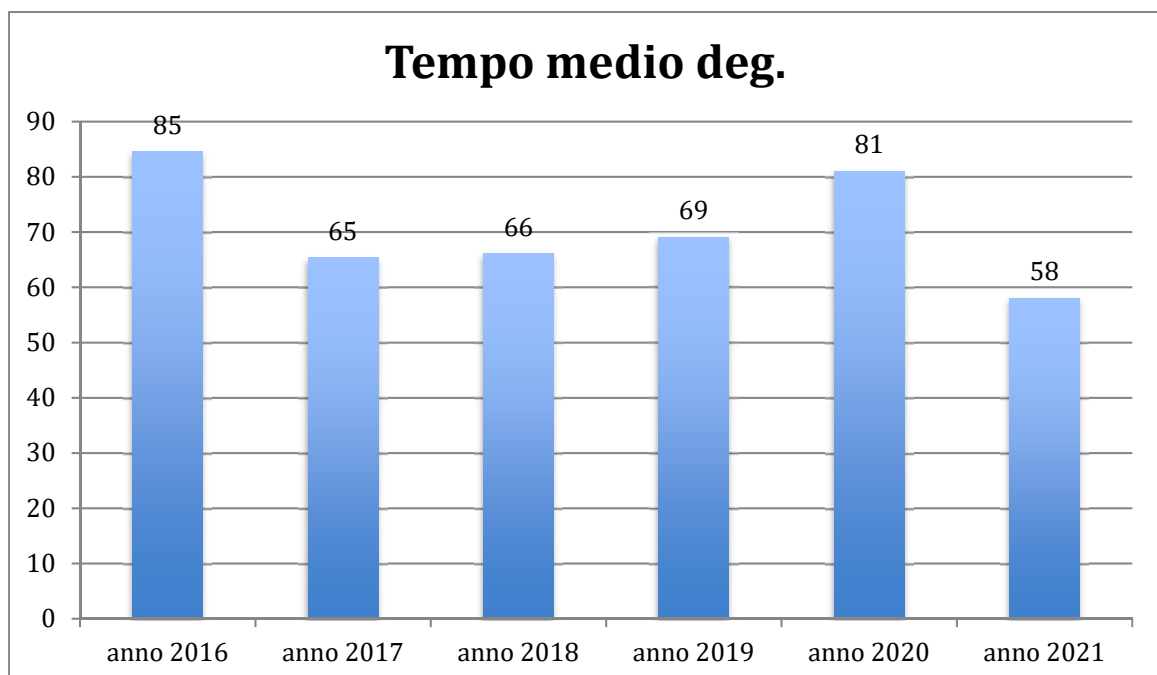
a) Numero di ricoveri:



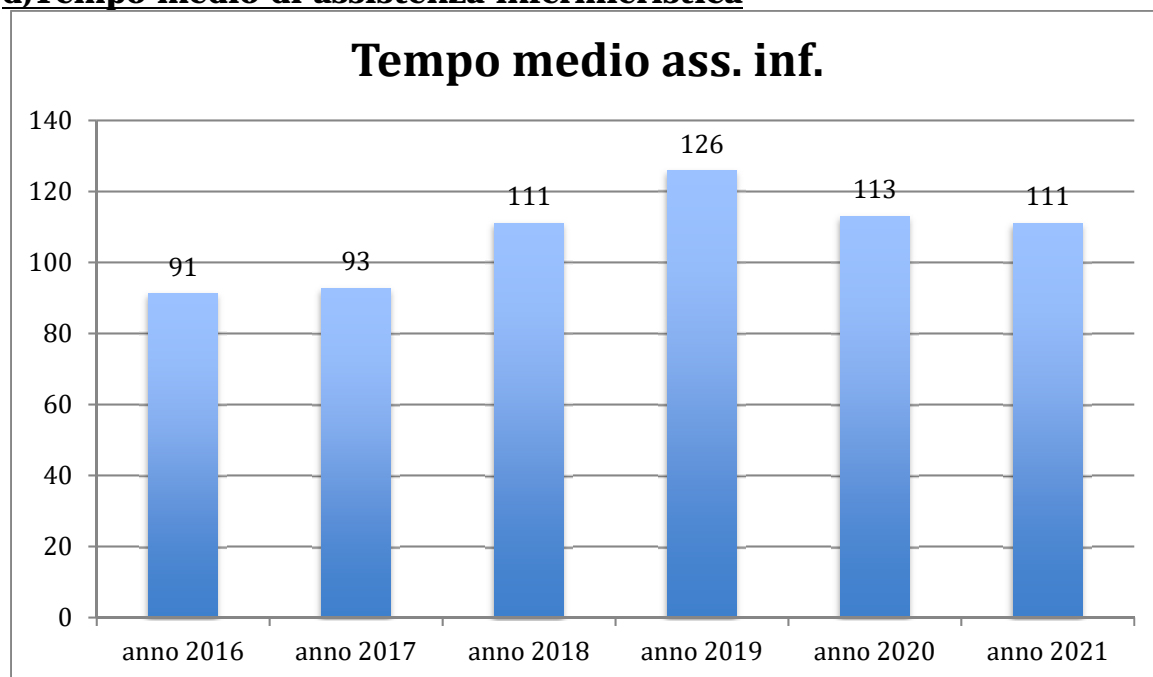
b) Indice occupazione posti letto



c) Tempo medio di degenza



d)Tempo medio di assistenza infermieristica



7. RECLAMI

Nel corso del 202 non è stato presentato alcun reclamo eventuali lamenti sono state gestite dal Direttore Sanitario i commenti negativi sui diversi supporti social dal responsabile della comunicazione.

Catania, 23 giugno 2022

Il Responsabile Qualità

Direttore Sanitario

L'Amministratore Delegato