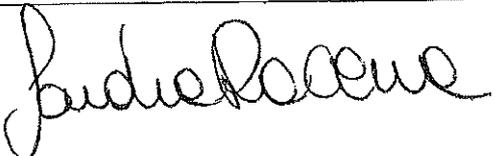
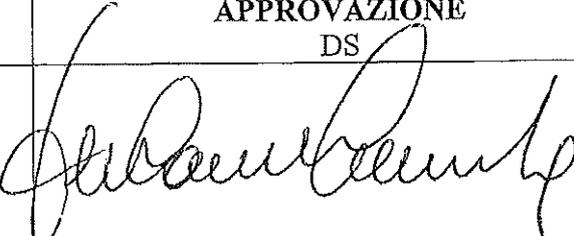


PROCESSO PRODUZIONE

EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI RIABILITAZIONE PRESSO IL
CENTRO AMBULATORIALE DI TRAPANI

<input type="checkbox"/> COPIA CONTROLLATA N° ...	<input type="checkbox"/> COPIA NON CONTROLLATA
---	--

N° Rev.	Data	Descrizione
00	10/01/07	Prima emissione
01	01/09/09	Aggiornamento Norma
02	08/01/2011	Aggiornamento
03	13/09/2013	Aggiornamento
04	15/01/2020	Cartella Clinica Informatizzata
05	18/02/2022	Inserimento Modulo ritiro documenti M 7.5.1/27
06	03/01/2023	Aggiornamento
07	10/05/2023	Miglioramento descrizione criteri e modalità di gestione dei percorsi terapeutici
08	13/06/2023	Comunicazioni all'assistito e ai familiari all'avvio del percorso terapeutico

EMISSIONE RGQ	APPROVAZIONE DS
	



processo di osservazione valutativa da parte di tutta l'equipe che, ognuno per la sua parte, effettua le valutazioni somministrando i test (scale di rilevazione, test, questionari, ecc.) previsti dalla **Tabella "Gestione Processi Terapeutici"**, allegata alla presente procedura. Ogni operatore aggiorna il proprio diario/scheda (M.7.5.1/7 CC) nella Cartella Clinica Informatizzata.

In base ai risultati dei test e alle valutazioni personali sono definiti gli obiettivi del percorso terapeutico, con riferimento al periodo di trattamento autorizzato. Nello stesso tempo si ipotizza un obiettivo di lungo periodo se, già in questa fase, si ritiene che il trattamento avrà delle proroghe. Tutte le considerazioni, le strategie e gli obiettivi sono registrati nella cartella clinica informatizzata cui posso accedere tutti i componenti dell'equipe e il Direttore sanitario.

Viene quindi stilato il PTRP (Piano Terapeutico Riabilitativo Personalizzato) (M.7.5.1/13 CC) condiviso con l'assistito o i genitori/tutore. Le modalità d'intervento, contemplate nel PTRP, sono prescelte in base alla valutazione di ogni singolo profilo di sviluppo e ai sintomi core (fenomeni disfunzionali particolarmente pregnanti); per cui, per ogni assistito, il Piano di Trattamento Riabilitativo viene aggiornato periodicamente in base alle revisioni specialistiche, alle acquisizioni, alle carenze/deficit, ai punti di forza e ai punti di debolezza, agli obiettivi raggiunti ed a quelli perseguibili a breve, medio e lungo termine.

In particolare, il raggiungimento degli obiettivi fissati è valutato utilizzando gli stessi strumenti e metodi utilizzati all'inizio del percorso.

Una valutazione intermedia è effettuata ogni 9 mesi ma solo se la durata del trattamento autorizzata è uguale o superiore ai 12 mesi e può essere effettuata con tutti gli strumenti e metodi previsti, o solo con alcuni, in base alle decisioni assunte dell'equipe.

Inoltre, la Direzione Sanitaria e/o il Medico Responsabile effettuano delle verifiche dell'andamento del percorso terapeutico, con frequenza non stabilita ma almeno una nel corso del trattamento, attraverso:

- verifica della documentazione e delle informazioni contenute in cartella,
- incontri con l'assistito, familiari e caregiver,
- supervisione durante lo svolgimento di sedute terapeutiche.

Al fine di condividere e valutare il percorso riabilitativo, particolare importanza ricopre la percezione delle condizioni dell'assistito, da parte dello stesso, dei familiari e/o dei caregivers cui viene somministrato un questionario all'inizio del trattamento per essere poi ripetuto prima della scadenza del percorso e comunque ogni 9 mesi se la durata del trattamento autorizzata è uguale o superiore ai 12 mesi.

Tutte le considerazioni, le strategie e gli obiettivi sono registrati nella cartella clinica informatizzata cui posso accedere tutti i componenti dell'equipe e il direttore sanitario.

Nel caso, per la condizione dell'assistito (anziano, straniero, soggetto particolarmente fragile, ecc.) sia necessario stabilire delle modalità di gestione, non sanitaria, come ad esempio uso della sedia a rotelle, accompagnamento dall'ingresso alla stanza di terapia e viceversa, personale bilingue, ecc., queste sono stabilite dall'equipe e registrate sulla cartella clinica, ad evidenza delle attività da svolgere.

L'equipe pluridisciplinare è a disposizione della famiglia e delle varie agenzie socio-sanitarie (scuola, istituti di diagnosi e cura, strutture sanitarie e/o sociali, ecc.) per garantire l'omogeneità e la concordanza degli obiettivi attraverso interventi quali il parent training, il parent coaching, l'agile coaching (school), l'organizzazione e/o il mantenimento di una adeguata gestione medica-NPIA, il



In particolare, durante il primo incontro il medico responsabile, oltre ad illustrare il percorso riabilitativo e acquisire il consenso informato, illustra a quali rischi può essere sottoposto l'assistito durante la permanenza nella struttura con particolare attenzione al rischio biologico. Rispetto a questo, l'assistito è informato che durante il percorso di cura può essere soggetto al rischio di infezioni delle vie aeree come in qualsiasi altro locale frequentato da molte persone e che la struttura ha messo in atto le seguenti misure di riduzione del rischio:

- I locali dove è prevista la permanenza del personale e degli assistiti sono sanificati giornalmente
- Tutti gli operatori effettuano la sanificazione o il lavaggio delle mani all'ingresso in struttura e ad ogni cambio paziente
- Tutti gli operatori indossano le mascherine quando manifestano sintomi influenzali.

Inoltre, viene chiesto all'assistito e ai suoi familiari di:

- comunicare prima dell'ingresso nella struttura se sono interessati o sono stati interessati nei tre giorni precedenti da sintomi influenzali e nel caso viene loro fornita una mascherina
- viene chiesto di effettuare la sanificazione o il lavaggio delle mani prima dell'avvio della terapia.

All'ingresso della struttura è presente un cartello con le indicazioni da seguire per ridurre il rischio.

5.6 Riunioni d'equipe

La riunione di Equipe è effettuata solo su richiesta del medico, della direzione sanitaria o di un componente dell'equipe, qualora fosse necessario chiarire alcuni aspetti del percorso terapeutico che non possono essere affrontati con il sistema della condivisione delle informazioni attuato con la cartella clinica informatizzata.

5.7 Scadenza del Trattamento autorizzato

In prossimità della scadenza del trattamento autorizzato il Direttore Sanitario o suo delegato effettua la verifica del percorso terapeutico da cui può emergere:

- Il raggiungimento degli obiettivi prefissati nel PTRP, quindi si procede alle dimissioni, in questo caso il medico di riferimento compila la **Relazione di Dimissione (M.7.5/9CC)** che il Direttore Sanitario, in collaborazione con l'amministrazione, invia all'ASP.
- La necessità per l'assistito di integrare o modificare i trattamenti effettuati, quindi il medico di riferimento redige la **Richiesta di modifica trattamento (M 7.5.1/14 CC)** che il Direttore Sanitario, in collaborazione con l'amministrazione, invia all'ASP.
- La necessità per l'assistito di proseguire il trattamento abilitativo/riabilitativo, quindi il medico di riferimento redige la **Richiesta di Proroga "Modello E" (M.7.5/8 CC)** che il Direttore Sanitario, in collaborazione con l'amministrazione, invia all'ASP.
Nello specifico le richieste di proroga devono essere inviate all'ASP almeno 20 giorni prima della fine dell'autorizzazione al trattamento abilitativo/riabilitativo.
- Dimissione dell'assistito documentata nel **M.7.5/9CC "Relazione di Dimissione"**

5.8 Proroga del trattamento riabilitativo

La proroga del trattamento abilitativo/riabilitativo (cioè il prolungamento del trattamento stesso rispetto alla precedente autorizzazione), qualora ne venga ravvisata la necessità, prevede che, almeno 20 (venti) giorni prima della scadenza del periodo autorizzato, il Direttore Sanitario, in collaborazione con l'amministrazione, la invii all'ASP specificandone la motivazione **"Modello E" (M.7.5/8 CC)**. Il medico specialista dell'ASP sottopone a visita e/o accertamenti l'assistito per cui viene richiesta la proroga e valuta se è necessario continuare il trattamento ri-abilitativo. In assenza di comunicazioni da parte dell'ASP, la proposta di proroga deve intendersi respinta.

	Sistema Gestione Qualità Norma UNI EN ISO 9001	PR.7.5.1 Rev 08
	PROCESSO DI PRODUZIONE	Pag. 7/7

- Presenza di aggiornamenti periodici da parte dei componenti dell'equipe;
- Valutazioni iniziali, intermedie e finali;
- Test somministrati all'assistito, familiari e caregiver.
- Incontri con i familiari.

Il controllo della documentazione è registrato sulla cartella sanitaria.

Se la documentazione risulterà incompleta il Direttore Sanitario effettuerà opportuni solleciti con opportuni controlli successivi.

7. ARCHIVIAZIONE

Tutte le registrazioni sono archiviate come documenti di registrazione della Qualità, che sono considerati Registros della Qualità (vedi PR 4.2), e sono archiviati da RGQ per 2 anni. I dati clinici sono archiviati in amministrazione stanza segreteria fino a quando l'assistito è in carico. Successivamente sono archiviati da parte della Amministrazione al sicuro per 25 anni.

8. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- D 5.5/3 Job Description
- M.7.5.1/1 Lettera inizio trattamento
- IL 7.5/1 Gestione delle terapie
- M 7.5.1/17 Registro Dimissioni CAR
- M 7.5.1/27 Modulo ritiro documenti
- M.7.5/5CC Scheda d'accertamento Modello A
- M.7.5.1/6CC Piano di Lavoro
- M.7.5.1/7CC Scheda/Diario
- M.7.5.1/8CC richiesta di proroga Modello E
- M.7.5.1/9CC Relazione di Dimissione
- M.7.5.1/13CC Piano Terapeutico Riabilitativo Personalizzato
- M 7.5.1/14 CC Richiesta di Modifica Trattamento
- Tabella "Gestione Processi Terapeutici"