

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

VERBALE DI RIESAME

N.01/2024 DEL 04/07/2024

REV.	EMESSA DA RQ CUCCiarRE' ROSARIO		VERIFICATA RQ CUCCiarRE' ROSARIO		APPROVATA DA PR LUPO MARIO	
	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA
00	04/07/2024		04/07/2024		04/07/2024	

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

VERBALE N° 01/2024 CENTRALE OPERATIVA DI PALERMO DEL 04/07/2024

Presenti:

- ☐ Presidente del CdA;
- ☐ Consigliere Delegato
- ☐ Direttore Tecnico;
- ☐ Responsabile Qualità;
- ☐ Coordinatori Infermieristici
- ☐ Coordinatori Tecnici della Riabilitazione Fisica
- ☐ Responsabile del SPP
- ☐ Referente lotta alle infezioni
- ☐ Coordinatore di sede
- ☐ Responsabile URP
- ☐ Responsabile formazione
- ☐ Altro _____

1. Scopo e campo di applicazione:

Il presente documento ha lo scopo di esaminare l'intero Sistema di Gestione per la Qualità e l'accreditamento di ADI SCARL e si applica a tutti i processi aziendali inerenti servizi erogati conformemente all'art.22 del DPCM 12/01/2017.

Il presente Verbale è finalizzato a relazionare di anno in anno sullo stato di attuazione del Piano della Qualità 2023/2024 e che le attività in essa previste sono state realizzate.

Nel Piano della Qualità ha definito le specifiche modalità per la valutazione e il miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati

Il sistema consente ad ADI SCARL di definire le specifiche modalità per la valutazione e il miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati dopo un'attenta valutazione di dati ed input raccolti nell'anno e riguardanti le attività assistenziali assicurate nel corso del 2023 e del 2024, aggiornate al 30/06/2024.

ADI SCARL nel Piano della Qualità e delle attività DR.POQ.02 Piano della qualità 2023 2024, ha definito anche un programma per la valutazione e il miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati.

Nel caso di disservizi o disallineamenti rispetto al programma sancito nel Piano, ADI SCARL implementerà gli eventuali piani di miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni.

Il presente Verbale è conosciuto dal personale tramite pubblicazione nel sito web aziendale.

2. Argomenti e documenti esaminati:

Sono stati esaminati tutti gli input al riesame previsti dalla procedura **PR.RIE.9.3 Riesame della Direzione quali:**

- Stato di attuazione e di avanzamento delle azioni e delle attività previste nei Piani di Miglioramento dei precedenti Riesami della Direzione.
- Analisi del contesto e dei fattori esterni e interni rilevanti per le finalità aziendali, gli indirizzi strategici e che influenzano la capacità di conseguire i risultati attesi. Cambiamenti nei fattori esterni e interni che sono rilevanti per singoli Sistemi di Gestione aziendali.
- Prestazioni dell'organizzazione:
 - soddisfazione degli Utenti e dei Committenti;

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

- soddisfazione dei dipendenti e dei collaboratori;
- reclami presentati dagli Utenti e dai Committenti;
- informazioni di ritorno dalle parti interessate rilevanti;
- grado di raggiungimento degli obiettivi e dei traguardi;
- andamento degli indicatori di processo;
- andamento delle NC e lo stato di attuazione e delle relative AC;
- andamento delle NC, osservazioni e raccomandazioni per il miglioramento da parte dell'Ente di Certificazione, dell'Organismo di Vigilanza, dell'Ente Regionale di autorizzazione e di accreditamento o altra terza parte e delle relative AC;
- risultati degli audit interni;
- prestazioni dei fornitori;
- attività di formazione, informazione ed addestramento svolte.
- Attività degli Organi Collegiali.
- Adeguatezza delle risorse.
- Efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità.
- Opportunità di miglioramento.

3. Stato di attuazione e di avanzamento delle azioni e delle attività previste nei Piani di Miglioramento dai precedenti riesami della direzione;

Nel 2023 non è stato emesso alcun Piano di Miglioramento.

4. Ricognizione dei dati e definizione della reportistica aziendale;

Annualmente il Presidente di ADI SCARL richiede report specifici sui seguenti aspetti che gli consentiranno di valutare e di misurare il livello di compliance del suo sistema organizzativo agli obiettivi della pianificazione, ai requisiti cogenti di autorizzazione e di accreditamento e agli obiettivi di qualità e sicurezza della prestazione.

Di seguito si elenca la struttura portante della reportistica aziendale:

- **Reportistica sulla Pianificazione del sistema**
 - Report Indicatori del Piano della Qualità
 - Riesame della Direzione o Relazione sui risultati conseguiti nell'anno
 - Piano di Miglioramento ed esiti di attuazione del medesimo piano da diffondere all'interno e all'esterno dell'organizzazione
- **Reportistica sulla Customer Satisfaction**
 - Report dei reclami, disservizi e piano di miglioramento in esito ai reclami registrati
 - Report sui dati di rilevazione del clima aziendale e della soddisfazione del personale
 - Report sui dati di rilevazione Customer Satisfaction dei pazienti e dei Caregiver
- **Reportistica sulla corretta gestione delle risorse strutturali, tecnologiche ed impiantistiche**
 - Report aggiornato dell'inventario delle apparecchiature
 - Report dei collaudi, degli interventi di manutenzione effettuati su impianti ed apparecchiature
 - Report della formazione agli operatori sull'utilizzo delle apparecchiature: stetoscopi, sfigmomanometri, glicometri, saturimetri e aspiratori

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

- Report su prove strumentali sul funzionamento degli apparecchi biomedici che sono utilizzati nell'assistenza a pazienti critici
- Report sulla pianificazione annuale degli acquisti di prodotti, attrezzature, apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici
- Eventuali Piani di Miglioramento in esito a frequenti criticità registrate
- **Reportistica sulla corretta gestione delle risorse umane**
 - Report sul coinvolgimento degli operatori nella programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento
 - Report sulle attività di formazione svolte e relativi attestati
 - Report su autodichiarazioni di non incompatibilità richiesti agli operatori
 - Report, a seguito di corsi di formazione/aggiornamento frequentati, che gli operatori siano in possesso dell'accreditamento alla funzione di provider ECM
 - Report sull'attività di verifica alla fonte sul possesso dei titoli di studio previsti dalla normativa per l'esercizio della professione e, se prevista, sull'iscrizione all'Ordine professionale di riferimento
 - Report sulle attività di formazione, affiancamento e addestramento del nuovo personale indagini periodiche di valutazione
 - Report sulle attività formative in cui sono stati trattati i temi relativi a:
 - coinvolgimento e ascolto attivo dei pazienti, Caregiver e dei familiari
 - comunicazione
 - negoziazione
 - tecniche strutturate di gestione dei conflitti
 - Report sulla condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno dell'Organizzazione
 - Report sulla valutazione periodica della performance del personale sulla base di indicatori e di standard definiti e misurabili.
 - Report sulla valutazione comprende il monitoraggio del mantenimento delle competenze professionali relative al ruolo ricoperto
- **Reportistica sulla applicazione di linee guida e protocolli assistenziali conformi con i principi dell'EBM/EBP**
 - Report sul coinvolgimento del personale nella redazione e nell'implementazione di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza adottati dalla struttura
 - Report su formazione e informazione degli operatori sull'implementazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza adottati dalla struttura
 - Report di monitoraggio sull'effettiva applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza adottati (Es.: verbali di audit interni)
 - Report sui risultati della sorveglianza sulle infezioni correlate all'assistenza e programmi di miglioramento
 - Report su eventi avversi, near miss e sulle modalità di identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (Root cause analysis, Auditclinico, Significant event audit) e di azioni sistematiche di verifica della sicurezza

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

(Safetywalkround) ed eventuali azioni correttive e identificato gli indicatori per il monitoraggio dell'efficacia della azioni intraprese

- Audit sulle valutazioni sulla qualità della documentazione sanitaria

5. Analisi del contesto e dei fattori esterni e interni rilevanti per le finalità aziendali, gli indirizzi strategici e che influenzano la capacità di conseguire i risultati attesi. Cambiamenti nei fattori esterni e Interni che sono rilevanti per il sistema di gestione per la qualità;

Il Comitato ha condotto una analisi completa del contesto nel quale ADI SCARL svolge la propria attività istituzionale, identificando i fattori interni ed esterni considerati determinanti per il conseguimento degli obiettivi attesi dalle parti interessate.

L'organizzazione ha provveduto a definire il proprio contesto individuandone i fattori costitutivi:

- 1) fattori relativi al contesto interno
- 2) fattori relativi al contesto esterno

Per contesto interno si intende l'ambiente interno nel quale l'organizzazione persegue i propri obiettivi. Esso è rappresentato da:

- *struttura organizzativa, ruoli, responsabilità*
- *attività, strategie, politiche, obiettivi*
- *capacità, risorse e conoscenze (persone, processi, tecnologie)*
- *cultura dell'organizzazione.*

Il contesto esterno è l'ambiente nel quale l'organizzazione cerca di perseguire i propri obiettivi che comprende:

- *l'ambiente culturale, sociale, politico, cogente, finanziario,*
- *tecnologico, economico, naturale, competitivo sia nazionale, regionale o locale;*
- *elementi determinanti e tendenze fondamentali che hanno un impatto sugli obiettivi dell'organizzazione*

ADI SCARL svolge almeno annualmente un'analisi del contesto esterno per dimensionare i propri investimenti. Vengono tenute in considerazione anche le esigenze ed i rapporti con gli stakeholders.

La sintesi dell'analisi condotta è riportata nella tabella seguente:

AREA	FATTORI INTERNI	FATTORI ESTERNI
Produzione ed erogazione delle prestazioni sociali e sanitarie	• Vision, mission e valori aziendali • Coerenza organizzativa • Protocolli Assistenziali • Piani di sviluppo • Procedure e istruzioni operative • Comunicazione con i pazienti	• Requisiti generali e specifici per l'accreditamento istituzionale • Normative nazionali e regionali • Budget • Standard sul rischio clinico • Raccomandazioni Ministeriali • Esigenze specifiche dei pazienti • Linee guida sulla Prevenzione

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

AREA	FATTORI INTERNI	FATTORI ESTERNI
	Rapporti con le Istituzioni	Infezioni
Risorse Umane	- Pianta organica - Profili professionali - Credenziali di accesso alla mansione - Verifica autenticità dei titoli - Job description - Valutazione delle competenze - Comunicazione interna - Clima aziendale - Formazione continua	- Requisiti organizzativi per l'accreditamento - Contratti di lavoro - Aspettative di dipendenti e collaboratori - Relazioni sindacali e con associazioni di categoria - Disponibilità di risorse competenti nel territorio
Infrastrutture e apparecchiature	- Adeguatezza di ambienti, impianti fissi, apparecchiature - Piani di manutenzione e controlli periodici - Valutazione dei rischi - Sistema informativo aziendale	- Norme tecniche - Norme ambientali e di sicurezza - Innovazioni tecnologiche - Rapporti con manutentori esterni e verifica della qualità dei fornitori dei servizi di manutenzione
Approvvigionamento di prodotti e servizi	- Valutazione e controllo dei fornitori - Controllo dei prodotti in ingresso - Controllo dei requisiti professionali di tutti i prestatori d'opera o professionisti sanitari coinvolti nel servizio - Eventuali processi in outsourcing	- Aspettative dei fornitori - Costo dei prodotti e dei servizi
Farmaci, dispositivi medici e materiale sanitario	- Dotazione di farmaci e presidi necessari per l'erogazione delle attività sociali ed assistenziali - Controllo del processo di gestione dei dispositivi medici	- Normative su farmaci e DM - Raccomandazioni Ministeriali - Standard sul rischio clinico
Documentazione sanitaria	- Fascicolo Sanitario - Cartella clinica	Requisiti di forma e di contenuto

Il Comitato si sofferma ad analizzare le peculiarità del proprio contesto territoriale per classificare le prestazioni domiciliari da erogare.

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

Analizzando il contesto sociale, emerge, in particolare nel Comune di Palermo, una spiccata coscienza sociale da cui deriva una evoluzione e una crescita di servizi diretti a soddisfare i bisogni emergenti della collettività.

I fattori di contesto sono infatti territori, popolazioni e bisogni a cui rispondere con l'erogazione dell'Adi possono essere significativamente diversi: la rappresentazione e la valutazione del servizio va preceduta dalla contestualizzazione delle condizioni in cui esso viene erogato.

L'Adi infatti prende in carico l'assistito "nel suo ambiente di vita, familiare e di lavoro" adeguandosi ai suoi ritmi, mentre il ricovero (anche in day-hospital) richiede all'assistito di interrompere per un periodo le proprie occupazioni ordinarie per il recupero della propria salute, in quel momento prioritario e incompatibile con l'ambiente familiare.

L'Adi va quindi letta considerando di alcune condizioni ambientali e di servizio quali:

- a) i modelli di insediamento sul territorio della popolazione
- b) la struttura della popolazione e delle famiglie
- c) la presenza ed il livello del Servizio di Assistenza Domiciliare
- d) la complessità media degli assistiti trattati in assistenza domiciliare.

Per quanto concerne i modelli di insediamento sul territorio possiamo considerarli attraverso la densità di popolazione o meglio la densità di popolazione ultra sessantacinquenne considerando che ad una minore densità di popolazione corrisponda maggiore distanza media da percorrere tra accessi e maggiore impegno, tempo e costo dell'Adi: ciò va considerato negli standard, evitando di confrontare situazioni disomogenee.

Quanto alla densità della popolazione in genere si va dal massimo della provincia di Napoli con 2.535 abitanti per kmq alla minima della provincia di Nuoro con 36 abitanti per kmq, con un rapporto di 1 a 80 con un valore medio nazionale di 195 abitanti per kmq.

L'ambito territoriale della provincia di Palermo e quindi della sua Azienda Sanitaria è caratterizzata da una popolazione residente al 31.12.2021 di 1.271.406 abitanti, di cui circa n. 200.000 (pari al 15.9%) di età superiore a 65 anni. Deve comunque essere evidenziato che il riferimento della popolazione anziana superiore ai 65 anni è puramente indicativa, atteso già l'inserimento di pazienti nel servizio ADI di tutte le fasce di età, quando questi hanno un quadro clinico riconducibile alle cure domiciliari sanitarie.

La società Consortile A.D.I. nella sua programmazione triennale delle attività ha previsto di coprire tutta la provincia di Palermo avendo come riferimento tutti i 10 Distretti Sanitari del territorio dell'Azienda.

Elenco Distretti Sanitari, e dei comuni afferenti:

- 33: **CEFALÙ** n. abitanti **43592**- Campofelice di Roccella, Castelbuono, Cefalù, Collesano, Gratteri, Isnello, Lascari, Pollina, San Mauro Castelverde.
- 34: **CARINI** - n. abitanti **86540** - Capaci, Carini, Cinisi, Isole delle Femmine, Terrasini, Torretta.
- 35: **PETRALIA SOTTANA** n. abitanti **23337** - Alimena, Blufi, Bompietro, Castellana Sicula, Gangi, Geraci Siculo, Petralia Soprana, Petralia Sottana, Polizzi Generosa.
- 36: **MISILMERI** n. abitanti **54679** - Baucina, Bolognetta, Campofelice di Fitalia, Cefalà Diana, Ciminna, Godrano, Marineo, Mezzojuso, Misilmeri, Ventimiglia di Sicilia, Villafrati.

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

- 37: **TERMINI IMERESE n. abitanti 59537** - Aliminusa, Caccamo, Caltavuturo, Cerda, Montemaggiore Belsito, Scillato, Sciara, Sclafani Bagni, Termini Imerese, Trabia.
- 38: **LERCARA FRIDDI n. abitanti 25626** - Alia, Castronovo di Sicilia, Lercara Friddi, Palazzo Adriano, Prizzi, Roccapalumba, Valledolmo, Vicari.
- 39: **BAGHERIA n. abitanti 97262** - Altavilla Milicia, Bagheria, Casteldaccia, Ficarazzi, Santa Flavia.
- 40: **CORLEONE n. abitanti 23463** - Bisacquino, Campofiorito, Chiusa Sclafani, Contessa Entellina, Corleone, Giuliana, Roccamena.
- 41: **PARTINICO n. abitanti 72639** - Balestrate, Borgetto, Camporeale, Giardinello, Montelepre, Partinico, San Cipirello, San Giuseppe Jato, Trappeto.
- 42: **PALERMO n. abitanti 784731** - Lampedusa, Linosa, Palermo, Ustica, Altofonte, Belmonte Mezzagno, Monreale, Villabate, Piana degli Albanesi, Bisacquino e Santa Cristina Gela.

I livelli di assistenza che saranno erogati sono quelli già evidenziati nel presente documento così come previsti *all'art. 22 del DPCM 12/01/2017*. Sono ricompresi in questa tipologia assistenziale interventi professionali rivolti ai malati e alle loro famiglie previsti dal PAI.

In tale contesto, bisogna tenere in considerazione la spinta della Pianificazione scaturita dal PNRR in cui il Distretto ASP costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria territoriale, nell'ottica di assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta.

Al fine di svolgere tali funzioni la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento risulta centrale e rientra pertanto tra le attività del Distretto. Il Profilo di Salute, pertanto, viene definito a partire dai dati che rientrano nel vasto patrimonio informativo a disposizione dell'ASP di Palermo, i quali possono essere aggregati ed elaborati al fine di definire una lettura complessa dei bisogni di salute della popolazione nel territorio di riferimento. In aggiunta, considerata la necessità di impostare un approccio olistico volto ad assicurare la centralità del cittadino/utente (con riferimento alla dimensione sanitaria, psicologica, sociale, relazionale, etc.), il raggiungimento degli obiettivi definiti dovrà basarsi sulla stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori quale strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico della popolazione.

Inoltre per valutare l'onere aggiuntivo derivante dalla conformazione territoriale occorrerebbe stimare il tempo necessario per gli spostamenti, condizionati dalla conformazione orografica (assistere in valli montane è più oneroso che farlo in pianura).

Georeferenziando i domicili degli assistiti o spostamenti degli operatori si potrebbero stimare in maniera più precisa tempi e distanze da percorrere. Ciò potrebbe con rilevanti sforzi essere fatto "dall'interno" richiedendo una conoscenza approfondita delle condizioni in cui è prestato il servizio.

L'utilizzo del solo parametro semplificato della densità della popolazione ultrasessantacinquenne ne permette la considerazione anche da parte di osservatori esterni, basandosi su dati pubblici liberamente disponibili.

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

Il perseguimento dell'equità di accesso ai servizi richiede inoltre una maggiore assistenza domiciliare in territori meno densamente popolati in cui insistono minori servizi per erogare in tale forma prestazioni che in aree più densamente popolate sono fruibili presso i presidi territoriali (si pensi ai prelievi venosi) in forma ambulatoriale facendo muovere gli operatori verso i domicili piuttosto che gli assistiti verso i presidi.

Quanto all'influsso di struttura di popolazione e composizione delle famiglie ADI SCARL tiene conto che, a parità di altre variabili, l'assistenza a una persona che vive solo senza familiari, altri conviventi o caregiver professionale richiede maggiore impegno per assicurare lo stesso livello qualitativo di assistenza.

La differenziazione nelle strutture familiari condiziona il servizio Adi e può essere indirettamente espressa con indicatori quale il numero di nuclei unifamiliari sul totale delle famiglie oppure con il numero medio di componenti la famiglia.

Anche riguardo alla composizione familiare il quadro nazionale ci presenta una situazione disomogenea nella provincia di Palermo. Il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) con assistenza di base e servizi integrativi erogati dai Comuni si integra con quelle dell'Adi: pur nella differenziazione delle professionalità esiste una forte complementarietà delle prestazioni.

Il complessivo livello di onerosità assistenziale dei casi in Adi è determinato da più fattori dipendendo dalla tipologia di domanda indirizzata all'Adi e dal modo in cui la strategia del servizio sanitario locale definisce i percorsi assistenziali inserendo i segmenti di assistenza domiciliare accanto a quelli ambulatoriali, ospedalieri, o di cure intermedie.

Non abbiamo per l'onerosità assistenziale un indicatore sintetico validato. Le scale cliniche ed infermieristiche utilizzate osservano prospettiva parziali (autonomia, rischio di ricovero, lesioni da pressione, complicanze cliniche) ma non offrono una valutazione sintetica di onerosità assistenziale.

La valutazione dell'onerosità assistenziale (non pubblicata quindi ancora indisponibile all'analisi critica) si baserebbe sull'ipotesi di redazione di una corretta valutazione multidimensionale, una corretta pianificazione assistenziale e congruità dei costi unitari dei fattori produttivi utilizzati.

Nel corso dell'ultimo decennio si è sempre più passati da una risposta di tipo assistenziale e comunque ripartiva ad una politica sociale più attenta alle esigenze di particolari fasce della popolazione a maggior rischio di marginalità.

Le scelte di politica sociale diretta alla terza età hanno privilegiato particolarmente in tutti i Comuni del Distretto i servizi aperti ed in particolare i Centri socio – ricreativi e l'assistenza domiciliare che già da anni viene erogata.

Detto servizio ha avuto una evoluzione che lo ha trasformato da un intervento standardizzato ad un intervento personalizzato, aderente alle reali necessità dell'assistito.

Una maturata coscienza civile che ha puntato l'attenzione sulle problematiche riguardanti il mondo della disabilità ha determinato nell'ultimo decennio un particolare sviluppo dei servizi e degli interventi volti alla socializzazione, all'integrazione sociale, nonché ad assicurare interventi di sostegno ai disabili gravi e alle loro famiglie.

Emerge in maniera sempre più incisiva il bisogno di interventi domiciliari che garantiscano prestazioni essenziali al mantenimento degli anziani nel proprio ambiente familiare e sociale.

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

Occorre evidenziare comunque che gli anziani, se da una parte esprimono bisogni, dall'altra rappresentano un'importante risorsa sostenendo a volte, in prima persona, i familiari più giovani anche con l'accudimento dei nipoti.

Il bisogno delle famiglie di essere sostenute per l'accudimento dei loro congiunti più deboli assume una connotazione maggiore quando ci troviamo di fronte alle famiglie che hanno al loro interno disabili, anche in questo caso vengono richiesti interventi domiciliari, soprattutto per la cura dei disabili gravi.

Pertanto da questa analisi congiunturale emergono le seguenti aree di attenzione:

- a) Incremento della domanda di assistenza a domicilio del paziente che il COVID ha sicuramente rafforzato
- b) Maggiore attenzione da parte degli organi istituzionali verso la tematica delle infezioni collegate all'assistenza sanitaria anche nelle cure domiciliari;
- c) Maggiore attenzione da parte degli organi istituzionali verso la tematica del rischio clinico e della relativa formazione degli operatori;
- d) Entrata in piena operatività della nuova disciplina di accreditamento;
- e) Maggiore attenzione del governo Nazionale circa la trasparenza verso l'utenza in materia di rischio clinico, contenzioso e gestione del rischio clinico (DDL Gelli);
- f) Sempre maggiore attenzione verso il monitoraggio degli esiti dell'assistenza e della relativa qualità del flusso dei dati dell'assistenza domiciliare
- g) Promozione dell'approccio multidisciplinare
- h) Esigenza di fornire continuità assistenziale nel percorso ospedale-territorio;
- i) Invito a fornire assistenza infermieristica, medica, specialistica, riabilitativa, educativa, sociale e preventiva ai pazienti ed alle famiglie con patologie cronico degenerative o acute in fase di stabilizzazione e/o con disabilità;
- j) Adeguata assistenza a pazienti fragili: oncologici, pediatrici, disabili, anziani etc.
- k) Iniziative di comunicazione efficace ed approccio multiculturale
- l) favorire la deospedalizzazione precoce dei pazienti;
- m) contrastare la re - ospedalizzazione di questi pazienti;
- n) considerare la famiglia ed il tessuto sociale che ruota intorno al paziente come parte del piano di cura ed assistenza.

Alla luce di tali considerazioni il comitato ritiene necessario che nel corso del 2024 venga intensificata la formazione degli operatori domiciliari per renderli maggiormente efficaci e performanti nello svolgimento della loro attività ed intercettare al meglio i bisogni del territorio.

Il comitato ritiene altresì strategico, continuare a spingere sulla sempre maggiore consapevolezza e partecipazione del comitato qualità e del Referente per la lotta alle infezioni alle attività di miglioramento di ADI SCARL .

Fondamentale, nel corso del 2024 completare la disamina dei requisiti del D.A. 3 settembre 2021 n. 875 al fine di rendere l'organizzazione pienamente conforme ai requisiti in tempi rapidi.

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

6. Prestazioni dell'organizzazione

a. Soddisfazione dei cittadini utenti

L'analisi dell'andamento dei dati relativi al 2023 e del 2024 ha fatto emergere le seguenti considerazioni.

• DATI RELATIVI AL 2023

- INDICE DI GRADIMENTO COMPLESSIVO: 99%
- INDICE DI REDEMPTION: 28%

• DATI RELATIVI AL 2024

- INDICE DI GRADIMENTO COMPLESSIVO: 98%
- INDICE DI REDEMPTION: 17%

Da una disamina generale del questionario somministrato e all'analisi dei dati, emerge una positiva percezione del servizio A.D.I. comprendente il servizio della Centrale Operativa ADI; dell'assistenza infermieristica; dell'assistenza fisioterapica e logopedica; della soddisfazione e consiglio del servizio A.D.I. nel dettaglio chiedendo la percezione di diversi item i quali: cortesia; disponibilità all'ascolto; attenzione alle esigenze; puntualità del servizio; facilità nel comunicare; Sostegno morale; Professionalità.

• RILEVAZIONE ANNO 2023 (AGOSTO- DICEMBRE 2023)

- NUMERO DI QUESTIONARI DIFFUSI: 85% OSSIA 589
- NUMERO DI QUESTIONARI COMPILATI : 163
- NUMERO DI PAZIENTI ASSISTITI NEL PERIODO AGOSTO- DICEMBRE 2023: 694

• RILEVAZIONE ANNO 2024 (GENNAIO - GIUGNO 2024)

- NUMERO DI QUESTIONARI DIFFUSI: 1437
- NUMERO DI QUESTIONARI COMPILATI: N.250
- NUMERO DI PAZIENTI ASSISTITI NEL PERIODO GENNAIO -GIUGNO 2024: N. 1.691

Non avendo registrato criticità durante l'attività di rilevazione delle segnalazioni e della customer non è stato elaborato alcun Piano di Intervento con azioni correttive.

Ciò nonostante il sottoscritto ha osservato che i dati di redemption e di registrazione dei disservizi non è stato elevatissimo.

Pertanto nel corso del 2024 sono state intraprese le seguenti azioni di miglioramento:

- Istituire un registro per le segnalazioni di disservizio anche quelle banali (DR.GDR.02 Registro_Reclami_Segnalazioni)
- Istituire un questionario telefonico per la rilevazione del gradimento del paziente (DR.RCS.04 Questionario telefonico Pazienti)
- Istituire un verbale di consegna a domicilio del paziente del materiale utile alla rilevazione del gradimento e per la segnalazione (DR.RCS.03 Verbale di consegna del questionario CS)
- Formazione ai referenti delle diverse centrali operative sulle iniziative testé descritte

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

(Formazione_coordinatori_26_06_2024)

Per maggiori dettagli si rimanda al **Report Sulla Gestione Dei Reclami E Della Customer Satisfaction Centrale Operativa Di Palermo**. (All.n.01).

b. Soddisfazione dei dipendenti

Sono state condotte nel corso del 2024 specifiche indagini sulla soddisfazione del personale. Le informazioni di ritorno dei responsabili così come il generale clima organizzativo consentono di non ritenere critico tale aspetto.

- Rilevazione Gradimento degli operatori e relativi all'anno 2024:

- Su 218 operatori di centrale e domiciliari il questionario è stato consegnato a tutti ma è stato restituito da 90 operatori.

Il livello di gradimento registrato è stato adeguato per cui non è stata avviata alcuna azione correttiva in tal senso.

Inoltre è stato posizionato in centrale un box per la segnalazione di:

- suggerimenti di miglioramento del servizio
- infezioni correlate all'assistenza (ICA)
- eventi avversi o near miss

Nessuna segnalazione ricevuta nel 2023/2024.

Indicatore Di Monitoraggio

	OBIETTIVO	ESITO
RILEVAZIONE DELLA CUSTOMER OPERATORI	100% operatori coinvolti nella rilevazione	100%
RILEVAZIONE DELLA CUSTOMER OPERATORI	50% questionari restituiti su quelli consegnati	41%

Le criticità hanno riguardato non tanto gli esiti della rilevazione ma la :

- Bassa redemption dei questionari di gradimento
- Scarsa Propensione alla segnalazione di suggerimenti, eventi avversi/near miss e infezioni

A tal fine è stato definito un Piano di Intervento ad hoc che è in fase di gestione. **(Rif. Report Gestione Risorse Umane della Centrale Operativa di Palermo Allegato n.2)**

c. Reclami presentati dai cittadini utenti

Non ci sono stati nel corso del 2024 reclami da parte di cittadini utenti ma solo segnalazioni di lievi disservizi trasmessi verbalmente gestiti tempestivamente.

d. Informazioni di ritorno dalle parti interessate rilevanti

Dato il loro effetto, o effetto potenziale, sulla capacità di fornire con regolarità servizi che soddisfino i cittadini utenti ed i requisiti cogenti applicabili, la ADI SCARL ha determinato le parti interessate rilevanti per il sistema di gestione per la qualità.

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

Nella erogazione delle prestazioni sanitarie, l'attività della ADI SCARL è prioritariamente orientata al soddisfacimento delle aspettative delle due principali parti interessate:

- A. Il Servizio Sanitario Regionale, al quale intende assicurare la disponibilità di una struttura in grado di assolvere efficacemente e tempestivamente ai compiti previsti per le strutture di assistenza domiciliare, alle condizioni normative ed economiche stabilite nell'atto contrattuale
- B. I cittadini utenti che ad essa si rivolgono, ai quali intende garantire la più alta qualità delle prestazioni sanitarie in un contesto della massima sicurezza per i pazienti, per i familiari e per gli operatori sanitari.

In merito al SSR, va detto che l'Azienda Sanitaria Provinciale competente per territorio effettua periodiche verifiche sul servizio in termini di corretta erogazione delle prestazioni in termini quantitativi e qualitativi.

Nel frattempo si attende la verifica da parte dell'OTA Organismo Tecnicamente Accreditante dell'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia per l'accreditamento annuale ai sensi del D.A. n. 875 del 03/09/2021.

In merito ai cittadini utenti, i report relativi alla rilevazione della customer satisfaction, oggetto di sistematica analisi da parte del Comitato, costituiscono l'input essenziale per il miglioramento delle prestazioni erogate e per l'eventuale sviluppo del servizio in direzione di una più ampia capacità di soddisfacimento delle esigenze dei cittadini utenti.

La rilevazione del 2024 indirizza gli sforzi dell'organizzazione verso il miglioramento del sistema di organizzazione delle risorse dedicate all'assistenza.

Contribuiscono alla verifica del gradimento del servizio e alla valutazione della qualità del medesimo anche le azioni di educazione alla salute e di comunicazione del rischio che servono a migliorare la comunicazione con l'utenza e la percezione del servizio.

La capacità di intercettare la soddisfazione dell'utenza è stata affidata anche agli operatori della Centrale Operativa il cui lavoro contempla una forte componente di ascolto e di presa in carico dei bisogni segnalati telefonicamente dalle famiglie e/o dai pazienti.

Sono state eseguite circa 812 telefonate all'utenza nel corso dei primi 6 mesi del 2024 per verificare il gradimento del servizio, come strumento più immediato per valutare il feed back da parte dell'utenza

Le eventuali criticità sono state trasmesse al Responsabile Qualità per opportuna valutazione ma l'indice di valutazione ed apprezzamento del servizio si è aggirato attorno al 99%.

E' stata all'uopo definita una scheda di rilevazione telefonica della customer DR.RCS.04 Questionario telefonico Pazienti.

Il personale inoltre attiva delle strategie comunicative al fine di dare una risposta ad ogni richiesta, non soltanto di natura sanitaria, o di indirizzarla con informazioni specifiche verso l'Istituzione più adatta attivando la rete territoriale.

Infine la soddisfazione del paziente si misura anche tramite loro coinvolgimento e partecipazione alle comunicazioni sui social (Social – Media (Instagram, Facebook, LinkedIn).

Si esegue ricognizione dei commenti pubblicati dall'utenza per definire eventuali azioni di miglioramento.

Nel caso in cui il personale di centrale o gli operatori intercettassero nella relazione con il paziente eventuali esigenze specifiche e relative a problemi di natura psicologica, dovuti all'età, allo stress. Per definire i percorsi assistenziali ad hoc.

Il processo di acquisizione del consenso per prestazioni specifiche da attivare durante l'assistenza è un altro percorso di comunicazione efficace e di coinvolgimento attivo del paziente.

Ogni qualvolta nel gestire queste azioni dovessero emergere delle segnalazioni di insoddisfazione verranno inserite nel riferito Registro DR.GDR.02 Registro_Reclami_Segnalazioni.

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

e. Grado di raggiungimento degli obiettivi e dei traguardi

Gli obiettivi di ADI SCARL sono descritti nel Piano della Qualità declinate per ogni centrale operativa. Il piano diventa uno strumento di pianificazione annuale delle attività da svolgere, dei requisiti del servizio e degli obiettivi da raggiungere.

All'interno del Piano della Qualità della centrale operativa di Palermo si rintraccia uno spaccato di strutture, assetti organizzativi, responsabilità, strumenti e procedure operative programmate per il biennio 2023/2024 e serve per governare i processi aziendali nelle diverse aree di gestione; con particolare attenzione alle attività a maggiore impatto sul sistema sanitario, ai progetti innovativi e agli interventi di riqualificazione organizzativa, professionale e tecnologica.

Il monitoraggio degli indicatori interni di processo e la rilevazione della customer satisfaction effettuate nello scorso anno evidenziano i seguenti risultati a fronte degli obiettivi stabiliti per il 2023/2024:

• **Obiettivi Economico finanziari**

AREA	Indicatore	Obiettivo	Obiettivo Raggiunto SI/NO	Miglioramento ottenuto
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA DOMICILIARE	Presenza in più province regionali	Almeno 3	Raggiunto 4	Economie di scale ed ottimizzazione della gestione dei servizi
	Numero di richieste di assistenza ricevute	Almeno 1.000 l'anno per Centrale	Raggiunto 2023/2024: 3266	La capacità produttiva è totalmente utilizzata
	Numero di pazienti assistiti (I-II-III livello)	Almeno 1.000 l'anno per Centrale	Raggiunto 2023/2024: 3266	L'obiettivo di produttività è stato raggiunto
	N. di Pazienti con assistenza nutrizionale sul totale dei pazienti (I-II-III livello)	n.d.*	2%	Solo 50 PAI contemplavano il coinvolgimento del nutrizionista

*non definibile

• **Obiettivi di miglioramento dei processi**

Attività	Indicatore	Obiettivo	Esito 2023/2024
EROGAZIONE DEL SERVIZIO	Numero di giorni ed ore di apertura della centrale operativa per settimana	6 gg/settimana 66 ore/settimana	Raggiunto 100%
	% di pazienti per i quali il tempo di attesa fra la segnalazione del caso	≥ 90%	Raggiunto 100%

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

Attività	Indicatore	Obiettivo	Esito 2023/2024
	(ricevimento PAI) e la presa in carico domiciliare è ≤2 gg		
	Gestione emergenze nelle ore notturne e nei giorni festivi	N. di interventi eseguiti entro 1 ora dalla chiamata	Raggiunto 100% (anche solo telefonici)
	Gestione emergenze nelle ore diurne e feriali	Entro 2 ore dalla chiamata	Raggiunto 100%
	N. di accessi condotti in teleassistenza	Almeno 2 accessi per assistito	NON RAGGIUNTO 0 PAI con telemedicina
	N. di PAI formalizzati sul totale degli assistiti	100%	100%
	N. di PAI rivalutati sul totale degli assistiti	85%	NON RAGGIUNTO 64,85%
	Percentuale di pazienti che sono affidati ad un Case Manager	95%	95%
	Consulenza psicologica settimanale per i pazienti con II e III livello di assistenza	Almeno 1 a settimana	NON RAGGIUNTO 0 (solo in pochissimi casi è stata richiesta la consulenza psicologica, nei casi in cui è stata richiesta, ADI SCARL l'ha assicurata almeno 1 volta la settimana)
AFFIDABILITÀ DEL SERVIZIO	N. di difformità registrate in termini di scarto tra gli orari pattuiti e gli orari di reale erogazione	< 10 l'anno	NON RAGGIUNTO 20 segnalazioni verbali
	N. di casi di discontinuità di erogazione degli interventi	< 10 l'anno	RAGGIUNTO 0
	N. di criticità emerse nel rispetto del Piano di Lavoro sulla base del Piano Individuale di Trattamento	< 10 l'anno	RAGGIUNTO 0
PERSONALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO	n° di Piani Individuali di Trattamento revisionati almeno 1 volta	>70%	NON RAGGIUNTO 64,85%
APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE	n° di Piani Individuali di Trattamento in cui è coinvolto più di un operatore	>40%	RAGGIUNTO 98%
	N. di Partecipazioni degli operatori ad incontri multidisciplinari su quelli programmati	>85%	NON ANCORA RAGGIUNTO 18%
	Numero di Piani di inserimento delle nuove risorse con incontro di formazione specifica sull' approccio	100%	RAGGIUNTO 100%

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

Attività	Indicatore	Obiettivo	Esito 2023/2024
	multidisciplinare in cure domiciliari e processi di hand over		
GESTIONE RISORSE UMANE	Numero di incontri di formazione per requisiti cogenti	Almeno 2 l'anno per profilo professionale	RAGGIUNTO 2
	Numero di incontri di formazione professionalizzante per i Medici	Almeno 3 l'anno	RAGGIUNTO 4
	Numero di incontri di formazione professionalizzante per gli infermieri	Almeno 3 l'anno	RAGGIUNTO 7
	Numero di incontri di formazione professionalizzante per fisioterapisti	Almeno 3 l'anno	RAGGIUNTO 7
	Numero di incontri di formazione professionalizzante per gli OSS	Almeno 3 l'anno	RAGGIUNTO 7
	Raggiungimento di tutti i crediti formativi obbligatori e previsti per l'anno	95% degli operatori	Verifica in corso
	- N° operatori in uscita (per profilo prof.le) - N° operatori in ingresso (per profilo prof.le)	≥ 1	Raggiunto FKT dimessi 8 su 91 INF dimessi 26 su 102 OSS dimessi 21 su 34 LOGOPEDISTI dimessi 2 su 14

• Obiettivi di miglioramento degli outcome

Outcome	Indicatore	Obiettivo	Esito 2023/2024
APPROPRIATEZZA DEL PERIODO DI PRESA IN CARICO ED INTENSITÀ ASSISTENZIALE	Media della durata complessiva dell'assistenza Livello Base	30 minuti N.A.	Raggiunto
	Media della durata complessiva dell'assistenza Livello I	30 minuti 100%	Raggiunto
	Media della durata complessiva dell'assistenza Livello II	45/60 minuti 100%	Raggiunto
	Media della durata complessiva dell'assistenza Livello III	Oltre un'ora 100%	Raggiunto
	Livello Base: Media dei giorni effettivi di assistenza mensile non inferiore a 2 gg per paziente	100%	N.A.
	Livello I : Media dei giorni effettivi di assistenza mensile non inferiore a 8 gg per paziente	100%	Raggiunto 100%
	Livello II: Media dei giorni effettivi di assistenza mensile non inferiore a 14 gg per paziente	100%	Raggiunto 100%
	Livello III: Media dei giorni effettivi di assistenza mensile non inferiore a 18/20 gg per paziente	100%	Raggiunto 100%
CONTINUITÀ DELLE CURE	Media di giorni di ricovero ospedaliero durante l'assistenza domiciliare	≤ 15	Raggiunto ≤ 5

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

<i>Outcome</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Esito 2023/2024</i>
SICUREZZA DELLE CURE	• N. di segnalazioni di Near Misses	0	N.R.
	• N. di segnalazioni di Eventi Avversi	0	N.R.
	• N. di segnalazioni di Eventi sentinella	0	N.R.
	• N. di segnalazioni di ICA	0	N.R.
SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE E DELLA FAMIGLIA	• n° di questionari di customer satisfaction rientrati/n° di questionari consegnati	≥ 60%	2023 28% 2024 17%
	• % di risposte con giudizio positivo al questionario di customer satisfaction	≥ 80%	2023 99% 2024 98%
	• n° di ringraziamenti ricevuti	N.D.	10
	• temi gestione del reclamo	Entro 3 GG dalla segnalazione con evidenza di chiusura del reclamo NA	*NR

*NR: non rilevato

- **Obiettivi di miglioramento organizzativi e tecnologici**

<i>Obiettivi relativi alla Gestione delle infrastrutture</i>			
<i>Attività</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Raggiungimento Obiettivo</i>
GESTIONE IMPIANTI	• Rispetto del Piano di Manutenzione Annuale	100%	SI 100%
GESTIONE APPARECCHIATURE	• Rispetto del Piano di Taratura delle apparecchiature Biomedicali	100%	SI 100%
	• N. di interruzione del servizio per guasto delle apparecchiature	0	SI 0
	• N. di Operatori formati sul corretto uso delle apparecchiature	100%	SI 100%
GESTIONE SISTEMI INFORMATIVI	• Adempimento Obblighi Informativi NSIS	100%	SI 100%
	• Adempimento Obblighi Informativi Uniemens	100%	SI 100%
	• N. di Back up dei dati effettuati su quelli programmati	100%	SI 100%

<i>Obiettivi gestione approvvigionamenti</i>			
<i>Attività</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Raggiungimento Obiettivo</i>
VALUTAZIONE FORNITORI	N. di fornitori valutati annualmente sul numero totale di fornitori	100%	SI 100%
GESTIONE ACQUISTI	N. di NC registrate nelle forniture di	<10%	SI

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

	Beni (resi) sul totale degli acquisiti	0
--	--	---

Obiettivi per l'Accoglienza e Comunicazione			
	Indicatore	Obiettivo	Raggiungimento Obiettivo
REALIZZAZIONE EVENTI MARKETING SANITARIO	Incremento di investimenti in azioni di marketing	5%	Non esiste il dato relativo all'anno precedente
	Coinvolgimento degli operatori negli eventi di comunicazione	85%	Non esiste il dato relativo all'anno precedente
	Aumentare l'interazione sui social media del 3%	3% rispetto al valore dell'anno scorso	Non esiste il dato relativo all'anno precedente

Obiettivi per la Sicurezza dei lavoratori			
	Indicatore	Obiettivo	Raggiungimento Obiettivo
SICUREZZA DEI LAVORATORI	N. di infortuni	<10%	SI 0%
	Riunione periodica ex art.35 di DLGS 81/2008 almeno 1/anno	1	Non ancora effettuato
	N. di contestazioni agli operatori per disallineamento con le misure di sicurezza sul lavoro ed in particolare sull'utilizzo dei DPI	<3%	SI 0

f. Monitoraggio degli obiettivi e dei traguardi

Il controllo strategico sull'andamento complessivo della gestione aziendale è stato effettuato dalla direzione di ADI SCARL tramite il riesame periodico dei principali processi e progetti aziendali, sulla base di dati ed informazioni acquisiti nel processo di monitoraggio delle attività svolte.

Il monitoraggio delle performance organizzative è avvenuto in più livelli come di seguito descritto:

1. gli obiettivi sono monitorati semestralmente o a scadenze più ravvicinate per gli obiettivi più critici;
2. gli obiettivi di budget del servizio è monitorato mensilmente attraverso la valutazione sullo stato di avanzamento delle attività previste, che si riflettono periodicamente sulla retribuzione di risultato delle figure responsabili incaricate.

I vari livelli di monitoraggio delle performance hanno la finalità di attivare eventuali azioni di intervento/correzione al fine di conseguire i risultati programmati come era stato stabilito nel Riesame della Direzione e Piano di Miglioramento Annuale 2024.

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

Alla luce delle considerazioni di cui al presente verbale, la Direzione ha ritenuto di dover confermare per il 2024 gli obiettivi sanciti già nel 2023, impegnando i Responsabili dei diversi settori aziendali ed il Personale tutto a conseguirli pienamente in ogni loro voce; raccomandando, in particolare, che venga mantenuta l'attenzione già dimostrata nell'osservanza degli standard sulla prevenzione del rischio clinico.

a. Andamento delle non conformità e stato di attuazione e delle relative azioni correttive;

Si registra il seguente andamento delle non conformità e delle osservazioni emesse a seguito di audit interni e da segnalazioni di non conformità di origine interna e/o esterna:

<i>ANNO</i>	<i>2023</i>	<i>2024</i>
Non conformità/osservazioni	0	0

Nel corso del 2023/2024 i rilievi emersi nel corso del 2024, hanno dato luogo a specifiche azioni correttive tutte gestite, alcune chiuse e verificate nell'efficacia ed altre in corso di gestione.

b. Andamento delle segnalazioni di eventi sentinella, eventi avversi e near miss e root cause analysis;

Si registra che il sistema di incident reporting non risulta ancora efficacemente implementato.

L'andamento delle segnalazioni è il seguente:

<i>SEGNALAZIONI/GESTIONI</i>	<i>2023</i>	<i>2024</i>
ICA	0	0
EVENTI SENTINELLA	0	0
SINISTRI	0	0
EVENTI AVVERSI	0	0
NEAR MISS	0	0
ROOT CAUSE ANALYSIS	0	0

Nel corso del 2023/2024 non sono stati segnalati casi di eventi avversi e quindi non esiste alcuna analisi delle cause (tramite Root Cause Analysis).

a. Andamento delle non conformità, osservazioni e raccomandazioni per il miglioramento da parte dell'ente di Certificazione, dell'OTA e delle relative azioni correttive;

Si registra il seguente andamento delle non conformità e delle osservazioni emesse a seguito di audit di terza parte:

Tutti i rilievi emersi nel corso del 2023, sia NC che osservazioni sono state quelle emesse dall'OTA durante l'AUDIT di autorizzazione ed accreditamento del 07 e 08 marzo 2023 ed hanno dato luogo a specifiche azioni correttive tutte gestite, chiuse e verificate nell'efficacia.

L'esito della verifica è stato positivo giusto decreto di autorizzazione ed accreditamento DDG 665 del 30.06.2023.

Nel corso del 2024 sarà inoltrata richiesta ad ente di certificazione esterno istanza di certificazione ai sensi della norma ISO 9001/2015.

b. Risultati degli audit interni

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

Il Comitato prende atto che il piano delle verifiche ispettive interne per il 2024 è stato definito ed approvato.

Tabella: Piano degli AUDIT 2024

Tipologia di Audit	Centrale Operativa	Frequenza Annuale	Mese	Note
Audit di tutti i processi organizzativi in centrale operativa	Palermo	Almeno 1 volta l'anno	Settembre	
Audit a domicilio del paziente del territorio provinciale di riferimento	Palermo	Almeno 10 accessi a domicilio	Gennaio/Dicembre	
Audit della documentazione sanitaria	Palermo	Almeno il 10% delle cartelle emesse	Aprile /Ottobre	

Ad oggi sono stati condotti degli audit sulla qualità della documentazione sanitaria che hanno preso ad esame un campione di circa 70 cartelle cliniche domiciliari.

Nel corso dell'anno sono stati definiti due strumenti di valutazione della completezza della documentazione sanitaria tramite check list quali:

- DR.GID.03 Check list Controllo Cartella Clinica
- DR.GID.01 Checklist _Audit Documentazione Sanitaria

Questi due strumenti sono stati introdotti con la finalità, da un lato di verificare la completezza formale dei documenti contenuti in cartella prima dell'archiviazione, assistenziali di ADI SCARL.

Il gruppo di verifica è stato composto dal Coordinatore Cure domiciliari e dal Medico della Centrale operativa.

Gli auditor hanno controllato che tutte le cartelle contenessero i seguenti documenti:

- Generalità della persona assistita (data e luogo di nascita)
- Presenza della documentazione clinica personale (precedente) del paziente
- Anamnesi patologica prossima
- Esame obiettivo all'avvio del PAI firmato e datato
- Piano Assistenziale individuale (PAI)
- Consenso informato, datato e firmato (sia paziente che personale sanitario)
- Consenso informato, datato e firmato (sia paziente che personale sanitario), alla trasfusione emoderivati
- Diario medico: compilazione giornaliera e firma ad ogni annotazione
- Diario infermieristico: compilazione giornaliera e firma ad ogni annotazione
- Diario riabilitativo: compilazione, firma ed indicazione del minutaggio ad ogni singola seduta educativo/riabilitativa
- Referti diagnostici: presenza dei referti firmati
- Foglio unico di terapia: prescrizione completa, somministrazione, motivazione mancata somministrazione e sigla operatore
- Presenza della scheda di rilevazione e monitoraggio del dolore
- Presenza della scheda di rilevazione del rischio cadute per il paziente

Oltre alla presenza del documento in cartella è stato anche verificato che fosse correttamente compilata e che la registrazione delle attività rispondesse nei tempi e nelle modalità ai seguenti items contenuti nei protocolli aziendali (elenco esemplificativo e non esaustivo):

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

- Corretta registrazione della prima valutazione
- Corretta acquisizione dei consensi
- Corretta valutazione del rischio caduta
- Corretta valutazione del rischio esposizione piaghe da decubito
- Corretta registrazione delle terapie e della relativa somministrazione
- Corretta registrazione della valutazione dei parametri vitali
- Corretta registrazione dei monitoraggi giornalieri
- Corretta registrazione degli accessi
- Corretta valutazione e rivalutazione dell'assistenza
- Tempestiva segnalazione di rischio esposizione alle ICA
- Etc.

Il gruppo di verifica ha valutato che su 70 cartelle solo 12 sono risultate non conformi.

Le principali criticità sono di tipo formale e nello specifico:

- *in 2 cartelle non è presente il nominativo del medico di medicina generale*
- *in 2 cartelle manca firma del caregiver in quanto è il paziente stesso.*
- *in 2 cartelle il campo della valutazione dolore è monitorato nella descrizione dell'intervento (diario fisioterapico).*
- *in 1 cartella si registra l'assenza del recapito telefonico del medico di medicina generale.*
- *in 5 cartelle il Monitoraggio del dolore è solo parziale*

Ogni verbale di Audit contiene al suo interno un Piano di Intervento che sarà compilato solo nel caso in cui durante l'audit siano emerse criticità o disallineamenti.

In esito alle criticità emerse sono stati intrapresi da parte del Coordinatore Cure domiciliari le seguenti azioni correttive:

- Contattati familiari per il nominativo del medico di medicina generale e trascritto nell'apposita parte.
- Contattato operatore e famiglia per conferma di quanto scritto nelle osservazioni.
- Contattato operatore e sensibilizzato alla compilazione della scala monitoraggio dolore.
- Controllato PAI e contattata famiglia per conferma del recapito telefonico del medico di medicina generale.
- Contattato operatore per evidenziare la scheda di monitoraggio sul dolore. L'operatore rivede la scheda del dolore e completa con i dati rilevati.

Per maggiori dettagli si rimanda al **Report Valutazione documentazione sanitaria della Centrale Operativa di Palermo. All.n.3**

c. Prestazioni dei fornitori esterni

Come previsto dalla procedura di valutazione dei fornitori, il Presidente riferisce al comitato circa la valutazione in merito ai fornitori di servizi e di prodotti di cui la ADI SCARL si è avvalsa nel corso del 2023/2024.

Per la valutazione dei fornitori di prodotti ho tenuto conto dei seguenti parametri:

- Qualità del servizio intesa come:

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

- Rispetto dei tempi di consegna;
- Capacità di risposta ad esigenze specifiche;
- Chiarezza e completezza della documentazione amministrativa (offerte, Ddt, fatture, etc...).
- Prezzo inteso come convenienza in confronto con il livello dei prezzi di prodotti analoghi della concorrenza ma anche e soprattutto in termini di propensione del fornitore a vedere il rapporto commerciale come partnership e non esclusivamente come business.
- Qualità del prodotto intesa come:
 - Rispondenza alle specifiche richieste;
 - Copertura offerta dalla garanzia;
 - Chiarezza e completezza della documentazione che accompagna il prodotto;
 - Assenza di non conformità rilevate in sede di accettazione del prodotto;
 - Numero di interventi di manutenzione correttiva resi necessari per guasti non imputabili all'utente;
 - Facilità di accesso all'assistenza pre e post vendita.

Per tale valutazione sono stati consultati i responsabili delle centrali operative, del personale sanitario ed in generale gli utilizzatori finali dei prodotti.

Per la valutazione dei fornitori di servizi si è invece tenuto conto dei seguenti parametri:

- Prezzo per cui valgono le medesime considerazioni fatte per i fornitori di prodotti.
- Reperibilità in termini di facilità di contatto con il fornitore;
- Puntualità: in termini di rispetto dei tempi di erogazione del servizio;
- Flessibilità: in termini di disponibilità manifestata dal fornitore in ordine ad eventuali esigenze straordinarie emerse;
- Documentazione del servizio: in termini di chiarezza e completezza della documentazione che certifica i servizi resi

Per le valutazioni è stata presa in rassegna la lista dei fornitori disponibile su software gestionale utilizzato per la contabilità analitica.

La valutazione è stata positiva anche se dobbiamo aspettare almeno un anno di attività per ritenere il fornitore un FORNITORE QUALIFICATO.

d. Attività di formazione, informazione ed addestramento svolte

• PIANO DI FORMAZIONE 2023/2024

Sulla base delle indicazioni ricevute dai Coordinatori di servizio, sentito il Consiglio di Amministrazione, il Responsabile della Formazione ha elaborato ed approvato il Piano per il 2023/2024.

La centrale operativa ha adottato il **Piano della Formazione 2023/2024** aziendale i cui dati di consuntivo per l'intera consortile sono di seguito descritti:

- Formazione ECM Eseguita in modalità Online
- Eseguiti n. 7 Eventi Formativi Accreditati ECM per 100 persone
- Destinatari: la formazione ha coinvolto n. 321/700 (OGNI CORSO E' STATO ACCREDITATO PER 100 DISCENTI) operatori tra Infermieri, fisioterapisti e OSS
- Docenti: N.4 DOCENTI coinvolti.

Gli eventi sono stati tutti accreditati tramite SAMOT ONLUS in possesso dell'accREDITamento alla funzione di provider ECM. (Rif. Decreto di accREDITamento PROVIDER ECM SAMOT ONLUS)

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

Le prossime edizioni del Piano di Formazione si terranno tra settembre a dicembre 2024 come da schema seguente.

CORSO ACCREDITATO ECM	ATTUATO	PARTECIPANTI	FUTURA EDIZIONE
1. BLS Basic Life Support	SI	73/ 73	//
2. La comunicazione integrata in cure domiciliari	SI	73/100	Settembre/Dicembre 2024
3. Piano di rischio clinico in cure palliative e domiciliari	SI	31/100	Settembre/Dicembre 2024
4. Leadership e team building rivolto alle funzioni di coordinamento	SI	53/100	Settembre/Dicembre 2024
5. Problem solving	SI	34/100	Settembre/Dicembre 2024
6. Principi e i requisiti di un'efficace e sicura assistenza a domicilio	SI	42/100	Settembre/Dicembre 2024
7. Prevenzione rischio cadute	SI	//	Settembre/Dicembre 2024
8. Terapia farmacologica domiciliari	SI	//	Settembre/Dicembre 2024
9. Prevenzione rischio aggressioni	SI	//	Settembre/Dicembre 2024
10. Prevenzione Rischio Suicidario	SI	//	Settembre/Dicembre 2024
11. Prevenzione Rischio Trasfusionale	SI	//	Settembre/Dicembre 2024
12. Acquisizione Consenso informato in cure domiciliari	SI	//	Settembre/Dicembre 2024
13. Gestione e comunicazione eventi avversi	SI	//	Settembre/Dicembre 2024
14. Strumenti di valutazione globale dei bisogni dell'utenza ed approccio multidisciplinare	SI	//	Settembre/Dicembre 2024
15. Come misurare l'efficacia nell'assistenza domiciliare	SI	//	Settembre/Dicembre 2024
16. Cure domiciliari tra integrazione socio- sanitaria e continuità assistenziale	SI	//	Settembre/Dicembre 2024
17. Nutrizione enterale o parenterale del paziente assistito	SI	43/100	Settembre/Dicembre 2024
18. Strumenti ed obiettivi di valutazione del gradimento dei pazienti	SI	//	Settembre/Dicembre 2024
19. Come migliorare il clima interno all'equipe multidisciplinare	SI	//	Settembre/Dicembre 2024
20. Lavorare in Equipe: l'approccio Multidisciplinare	SI	33/100	Settembre/Dicembre 2024
21. Il counseling come strumento contro il distress psicologico	SI	25/25	//

Per ogni evento è stata somministrata e compilata una scheda di valutazione di gradimento del corso e di efficacia dell'intervento formativo. Il 100% dei corsi è stato valutato in termini di efficacia.

- **FORMAZIONE COGENTE**

- Sicurezza dei lavoratori ex art.37:

La formazione ha coinvolto n. 35 DIPENDENTI /35 e N. 1 DOCENTE

- Date di svolgimento: 07.12.23 -14.12.23
- N. di Partecipanti 15 /15
- Date di svolgimento 02.07.2024 – 03.07.2024

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

- N. di Partecipanti 20/20
- Formazione Sul Corretto Utilizzo Delle Apparecchiature: (saturi metro – stetoscopio - sfignomano metro – glicometro)
- - TOTALE PARTECIPANTI: 85/85
 - N. 2 DOCENTI
- Formazione dopo condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno dell'Organizzazione:
 - Nessuno ha svolto attività di formazione all'esterno di ADI SCARL attualmente
- Formazione dopo condivisione delle Procedure di Sistema
 - 203 operatori hanno ricevuto le procedure contestualmente ad un incontro di informazione/formazione del Coordinatore Cure Domiciliari.
- Formazione su aspetti organizzativi delle attività di centrale operativa
- n. 4 eventi di formazione interni su:
 - 07/04/2024: CRITERIO 4 Gestione risorse umane operatori domiciliari e di ventrale operativa
 - 07/05/2024: CRITERIO 2 Gestione Documentazione Sanitaria di ciascuna Centrale Operativa
 - 04/06/2024: CRITERIO 3 Gestione Dotazione impianti, attrezzature e magazzino di ciascuna Centrale Operativa
 - 26.06.2024: CRITERIO 5 Gestione Customer Satisfaction e gestione reclamo di ciascuna Centrale Operativa
- Destinatari: n. 10 responsabili e collaboratori di centrali operative.

Diversi dei corsi in programmazione per il 2024 hanno avuto come tematica gli standard per la gestione ed erogazione di trattamenti assistenziali conformi alla linee guida e ai requisiti di sicurezza del paziente, la comunicazione con paziente e caregiver e l'approccio multidisciplinare e altre tematiche afferenti il miglioramento dell'assistenza così come era previsto nel Piano di Formazione 2024.

Il piano di formazione predisposto per il 2023/2024 è stato significativamente modificato nella sua attuazione con l'inserimento di diversi corsi non previsti ma la cui attuazione si è resa necessaria per la formazione sulle procedure organizzative ed assistenziali redatte in fase di presentazione istanza di accreditamento.

Il personale di nuovo inserimento ha inoltre partecipato ai percorsi di inserimento ed addestramento alla mansione.

La partecipazione del Personale ai corsi interni è stata soddisfacente ed i colloqui effettuati al termine degli interventi, oltre che gli esiti dei questionari di valutazione dell'efficacia somministrati a fine modulo, testimoniano l'attenzione e l'interesse dimostrato dai partecipanti.

Gli eventi formativi hanno notevolmente contribuito ad accrescere il livello di professionalità degli Operatori anche grazie ai continui riferimenti a procedure ed istruzioni interne con formazione specifica alla realtà aziendale.

L'attività formativa, parecchio incentrata sul rischio clinico ha notevolmente contribuito ad incrementare la sensibilità del personale sulla tematica della qualità e sicurezza del paziente sempre al centro dell'attività di ADI SCARL.

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

7. Attività degli organi collegiali (Comitato aziendale per la gestione della Qualità e Rischio Clinico)

a) Comitato Qualità e Rischio Clinico

Il comitato aziendale per la gestione del rischio clinico risulta ad oggi composto come segue:

- Componenti del CdA
- Coordinatore Cure Domiciliari
- Responsabile Qualità
- Responsabile URP

Il piano aziendale per la gestione del rischio clinico, redatto nel 2023 è coerente con tutti gli standard JCI contenuti nel Manuale HOME CARE del 2019.

Nel corso dell'anno il Comitato Qualità e Rischio Clinico monitorerà tramite i Piani della Qualità ed il Piano sul rischio Clinico il grado di osservanza delle misure di prevenzione previste dal piano aziendale attraverso l'analisi dei contenuti delle cartelle cliniche, come previsto dal sistema di autovalutazione sull'osservanza degli standard JCI ed attraverso specifici audit condotti su standard la cui osservanza non è rilevabile dall'esame delle cartelle cliniche.

Specifici audit comportamentali finalizzati alla verifica, mediante ispezioni in situ ed interviste a medici, infermieri e pazienti, della effettiva attuazione delle misure di prevenzione previste dagli standard, saranno condotti dal comitato nel corso dell'anno secondo la programmazione testé rassegnata.

Gli audit comportamentali saranno formalizzati nella documentazione di sistema ADI SCARL .

b) Referente per la Lotta alle Infezioni ospedaliere

Nel corso del 2023/2024 è stato monitorato dal Referente per la Lotta alle Infezioni correlate all'assistenza che ha definito e monitorerà l'attuazione del programma di prevenzione e controllo delle infezioni collegate all'assistenza sanitaria nonché per discutere circa le novità legislative occorse nell'anno e pertinenti al mandato di ADI SCARL.

Nel corso del 202/2023 è stato definito un sistema di prevenzione delle ICA che ha visto la pianificazione delle seguenti azioni:

- Nomina del Responsabile ICA
- Emissione dei Protocolli Assistenziali e diffusione a tutti gli operatori di centrale
- Stesura del Protocollo di Prevenzione e gestione delle ICA
- Definizione di un Programma annuale per il controllo delle infezioni ospedaliere anno 2022_2023 (DR.ICA.02 Programma annuale per il controllo delle ICA anno 2023_2024)
- Identificazione della Lista di controllo delle Infezioni Assistenziali
- Redazione e diffusione della Scheda segnalazione Infezioni con promozione degli operatori circa l'importanza della segnalazione degli eventi avversi e delle infezioni assistenziali.

Il monitoraggio dell'applicazione delle procedure/istruzioni operative adottate rappresenta un momento fondamentale per valutare la loro efficacia sulla prevenzione e controllo delle ICA e il

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

grado di adesione da parte degli operatori. I risultati del monitoraggio, inoltre, consentono di individuare le aree in cui è necessario implementare azioni di miglioramento.

Presso la Centrale Operativa di Palermo il numero di pazienti sottoposti ad audit a domicilio specifici sul tema della prevenzione delle infezioni sono stati ad oggi circa 40.

Per la conduzione degli audit affidati al Coordinatore Cure Domiciliari o al Direttore Tecnico l'analisi dei dati è utilizzata la Lista controllo per Audit Infezioni Assistenziali ICA. DR.ICA.02 Rev.00 Emesso il 03.01.2023.

Dall'analisi dei dati emerge che il personale intervistato ed il caregiver, il caregiver mostra una buona compliance durante il controllo visivo delle camere, dell'abitazione e del bagno del paziente, presenta inoltre un buon grado di collaborazione nel recepire le indicazioni che riguardano l'igienizzazione dei dispositivi utilizzati sul paziente.

Per quanto concerne le analisi microbiologiche non sono state condotte ancora ma si pianifica un'azione di controlli esclusivamente sulle mani degli operatori, ritengo infatti che qualsiasi altro rilievo sia inattuabile.

Il caregiver recepisce quasi sempre le indicazioni fornite dei vari professionisti sanitari nell'esecuzione dell'igiene delle mani.

Nella movimentazione del paziente, il caregiver in genere risulta a conoscenza delle indicazioni date loro dai professionisti i quali, a loro volta, sono a conoscenza della buona pratica di lavaggio delle mani.

Per quanto concerne la gestione dei rifiuti sanitari il caregiver è a conoscenza della procedura e delle indicazioni date dai professionisti sanitari i quali, a loro volta, sono a conoscenza della buona pratica di lavaggio delle mani.

Per quanto concerne le Linee guida e protocolli il caregiver, gli infermieri e gli O.S.S. si sono quasi sempre mostrati sensibili ai temi di prevenzione del rischio infettivo contenuto nei protocolli aziendali. Per quanto concerne la modalità di pulizia del paziente gli infermieri e gli operatori socio sanitari mostrano una elevata compliance alle istruzioni aziendali sull'igiene a letto del paziente.

Ad oggi sono state auditate 70 cartelle cliniche e le cartelle in cui emergono delle criticità sono circa 12 ma non riguardano aspetti inerenti la gestione delle infezioni.

Ciò malgrado si evidenzia ancora una scarsa propensione alla segnalazione di eventuali condizioni critiche.

Non avendo registrato criticità durante l'attività di auditing e non avendo ricevuto importanti segnalazioni da parte degli operatori non è stato elaborato alcun Piano di Intervento con azioni correttive.

Si procederà pertanto con le attività già previste nel piano quali:

- le analisi microbiologiche sulle mani degli operatori

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

- la formazione e sensibilizzazione di operatori e caregiver sull'importanza della segnalazione di eventuali condizioni critiche.

Per maggiori dettagli si rimanda al **Report Annuale aggiornamento sullo stato dell'arte e sulla politica di prevenzione e gestione delle infezioni correlate all'assistenza della Centrale Operativa di Palermo (Allegato n.4).**

8. Adeguatezza delle risorse (umane, tecnologiche ed altre)

a) Risorse umane

Relativamente al fabbisogno di personale il Comitato ritiene che, sulla base dei risultati conseguiti, del generale andamento del servizio e dei volumi di attività prevedibili per il 2024/2025 l'attuale organico sia sufficiente al conseguimento degli obiettivi; non si prevedono, quindi, incrementi di Personale per il prossimo anno a meno che il numero dei pazienti aumenta in modo vertiginoso.

Nel 2024 la pianta organica della centrale operativa di Palermo è la seguente:

Qualifica	Sede operativa	Dotazione minima prevista in fase di autorizzazione	Dotazione minima prevista in fase di accreditamento	Dotazione attuale	Necessità per il 2025
DIRETTORE TECNICO	Centrale operativa	1	1	1	/
MEDICI SPECIALISTI	Assistenza territoriale	1	1		
INFERMIERI COORDINATORI	Assistenza territoriale	1	1	1	1
INFERMIERI	Assistenza territoriale	6	20	73	5
FISIOTERAPISTA COORDINATORE	Assistenza territoriale	1 Solo se si raggiunge il numero di 30 fisioterapisti	1 Solo se si raggiunge il numero di 30 fisioterapisti	1	1
PROFESSIONISTI DELLA RIABILITAZIONE (Fisioterapisti, Logopedista, terapeuta occupazionale)	Assistenza territoriale	4	12	94	10
PSICOLOGO	Assistenza territoriale	1	1	2	1
DIETISTA	Assistenza territoriale	1	1	4	1
OSS	Assistenza territoriale	5	5	25	5
ASSISTENTE SOCIALE	Assistenza territoriale	1	1	1	1
Addetto alla gestione della sede operativa con funzioni di coordinamento	Centrale operativa	1	1	1	1

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

<i>Qualifica</i>	<i>Sede operativa</i>	<i>Dotazione minima prevista in fase di autorizzazione</i>	<i>Dotazione minima prevista in fase di accreditamento</i>	<i>Dotazione attuale</i>	<i>Necessità per il 2025</i>
Addetto alla gestione della sede operativa	Centrale operativa	2	3	8	2
RESPONSABILE MANUTENZIONE	Centrale operativa	1	1	1	/
RESPONSABILE FORMAZIONE	Centrale operativa	1	1	1	/
RESPONSABILE URP	Centrale operativa	1	1	1	/

b) Risorse tecnologiche

Il Comitato prende atto che i piani di manutenzione preventiva di ambienti ed impianti hanno garantito con continuità il regolare espletamento del servizio. Il parco delle apparecchiature biomedicali, in gran parte rinnovati in occasione dei lavori di adeguamento, ha mantenuto nell'anno i necessari livelli di efficienza per effetto dell'opera costante di manutenzione preventiva e correttiva; risultano effettuati regolarmente, alle scadenze previste, i test di sicurezza e le prove di funzionalità.

ADI SCARL ha valutato diverse opportunità di informatizzazione dei processi ed ha rilevato i seguenti fabbisogni:

- Cartella clinica digitale
- Attivazione della telemedicina
- Informatizzazione della customer satisfaction dei pazienti e degli operatori

Tali percorsi rientreranno nel Piano di Intervento 2024/2025 che si allega.

9. Efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità

Il sistema di gestione per la qualità e l'accreditamento conforme ai requisiti del D.A. 3 settembre 2021 n. 875 è in fase di revisione generale per renderlo sempre più conforme ai requisiti della norma ISO 9001:2015.

Sono in revisione tutte le procedure con annessa valutazione dei rischi e delle opportunità.

In sede di prima applicazione si considerano efficaci tutte le azioni intraprese a fronte di rischi ed opportunità rilevati. (Rif. DR.RIS.01 Analisi dei rischi Processo assistenziale_rev.01)

Nel corso dell'anno, sarà inevitabile l'insorgere di occasioni (esiti di audit, controlli, monitoraggi, eventi avversi etc.) tali da suggerire nuove azioni per governare rischi ed opportunità. Tali occasioni genereranno la revisione della valutazione dei rischi e delle opportunità del relativo processo/procedura. Il comitato, nella successiva sessione, dopo un anno di operatività, esaminerà in questo punto l'efficacia delle azioni intraprese a fronte degli eventi occorsi.

10. Opportunità di miglioramento

Alla luce dei risultati del 2023/2024 e tenuto conto di quanto emerso dal presente riesame, su proposta dalle figure di coordinamento della centrale, il Comitato Qualità della ADI SCARL approva per il 2024/2025 il Piano di miglioramento, allegato al presente Verbale.

11. Considerazioni sull'andamento del Sistema di Gestione per la Qualità con riferimento a: requisiti generali, politica, pianificazione, attuazione e funzionamento, verifica e riesame della direzione.

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

Il comitato effettua le considerazioni sull'andamento del Sistema di Gestione per la Qualità ed Accreditemento con riferimento a: requisiti generali, politica, attuazione e funzionamento, verifica e riesame della direzione.

Il comitato esprime soddisfazione sullo sviluppo del sistema e sul miglioramento continuo.

12. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il presente verbale verrà diffuso a tutto il personale tramite:

- Pubblicazione nel sito web www.adi24.it

13. MONITORAGGI

- **Obiettivo:** Conoscenza del verbale di Riesame da parte di tutti gli operatori entro 1 mese dalla redazione del verbale.
 - Indicatore: distribuzione del Verbale al 100% degli operatori
- **Obiettivo:** Periodicità del verbale di Riesame
 - Indicatore: il verbale di riesame deve essere redatto almeno 1 volta l'anno

14. PIANO DI MIGLIORAMENTO 2024/2025

AZIONE	RESPONSABILE	TEMPISTICA	OBIETTIVO DI MIGLIORAMENTO	VALORE DA RAGGIUNGERE
Informatizzare la scheda di rilevazione del gradimento pazienti	Responsabile Qualità	Entro Dicembre 2024	Incrementare l'indice di Redemption	Almeno il 50% dei pazienti
Informatizzare la scheda di rilevazione del gradimento operatori	Responsabile Qualità	Entro Dicembre 2024	Incrementare l'indice di Redemption	Almeno il 75% degli operatori
Informatizzare la scheda di rilevazione del gradimento	Responsabile Qualità	Entro Dicembre 2024	Incrementare l'indice di Redemption	Almeno il 75% degli operatori
La scheda di valutazione delle performances va arricchita di altri indicatori quantitativi e del giudizio finale di idoneità	Responsabile Qualità	Entro Dicembre 2024	Rendere più completa e misurabile	Almeno il 75% degli operatori
Azione di sensibilizzazione sull'importanza del coinvolgimento degli operatori nella valutazione della qualità e sicurezza dei servizi	Direttore Tecnico	Entro Dicembre 2024	Incrementare il numero di suggerimenti e di near miss conformità	Incremento di almeno il 10%
Certificazione ISO 9001/2015	Responsabile Qualità	Entro Dicembre 2025	alla norma volontaria ISO 9001/2015	Certificazione ISO senza Nc gravi
Attivazione della cartella clinica digitale	Direttore Tecnico	Entro Dicembre 2024	Sicurezza e circolarità dei dati assistenziali	100% Attuazione Piano di Informatizzazione

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE VERBALE DI VALUTAZIONE E RIESAME DEL SISTEMA DI GESTIONE E PIANO DI MIGLIORAMENTO	Codice documento: DR.RIE.01 rev.00 del 19.12.2022
---	---	--

AZIONE	RESPONSABILE	TEMPISTICA	OBIETTIVO DI MIGLIORAMENTO	VALORE DA RAGGIUNGERE
Attivazione di prestazioni di Telemedicina	Direttore Tecnico	Entro Dicembre 2024	Efficienza dei percorsi di cura	100% Attuazione Piano di Informatizzazione
Attuazione del Piano di Audit	Responsabile della Qualità	Entro Dicembre 2024	Monitoraggio conformità dell'organizzazione alle procedure e ai Protocolli Assistenziali	100% di Attuazione del Piano di Audit 2024

15. ALLEGATI:

- DR.RIE.02 Piano di Miglioramento 2024/2025
- DR.POQ.01 Piano della Qualità 2023/2024
- Report sulla gestione dei reclami e della customer satisfaction centrale operativa di Palermo. (All.n.01).
- Report Gestione Risorse Umane della Centrale Operativa di Palermo (Allegato n.2)
Report Valutazione documentazione sanitaria della Centrale Operativa di Palermo. (All.n.3)
- *Report Annuale aggiornamento sullo stato dell'arte e sulla politica di prevenzione e gestione delle infezioni correlate all'assistenza della Centrale Operativa di Palermo (Allegato n.4).*

Sottoscrizione da parte dei presenti

Partecipante	Ruolo Aziendale	Firma
Lupo Mario	Presidente CdA	
Licata Vito	Direttore Tecnico	
Giannusa Alice	Coordinatore Tecnici della Riabilitazione	
Passantino Francesco	RSPP	
Coordinatore Amministrativo	Camaci Fernando	
Cucciarre Rosario	Coordinatore Infermieristico - Responsabile Qualità e Responsabile della Formazione	