

I N D I C E

1.	SCOPO	2
2.	CAMPO DI APPLICAZIONE.....	2
3.	RESPONSABILITÀ	2
4.	GENERALITÀ	2
4.1	GLI STRUMENTI INFORMATIVI MESSI A DISPOSIZIONE DEL PAZIENTE E/O DEI SUOI FAMILIARI	2
4.2	COMUNICAZIONE AL PAZIENTE/FAMIGLIA IN FASE DI PIANIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI DOMICILIARI: LA CARTA DEI SERVIZI.	2
4.3	COMUNICAZIONI AL PAZIENTE DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PAI: INFORMARE/ORIENTARE PER SOSTENERLO, CONFERIRGLI PROTAGONISMO ATTIVO E CONSENTIRGLI PERTANTO UNA VALUTAZIONE DEL SERVIZIO.	3
4.4	INFORMAZIONI DI RESTITUZIONE AL PAZIENTE DELL'ATTIVITÀ DELL'ADI.....	3
4.5	INFORMAZIONI AL PAZIENTE E FAMILIARI SU PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE.....	4
5.	L'ITER ASSISTENZIALE E IL CONVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA.....	4
5.1	INFORMAZIONE E CONSENSO.....	6
5.2	ANALISI PARTECIPATA DELLA QUALITÀ	6
5.3	LE REGISTRAZIONI RELATIVE AGLI INCONTRI CON IL REFERENTE FAMILIARE	6
6.	STRUMENTI PER IL COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE E DEL FAMIGLIARE	7
6.1	PERCORSI DI SOSTEGNO SOCIALE E RELAZIONALE	7
6.2	PERCORSO DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE DEI PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE CRONICHE NEURODEGENERATIVE CHE COMPLICANO IL QUADRO SANITARIO.....	7
6.3	PERCORSO DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE DEI PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE IN FASE AVANZATA DI MALATTIA.	7
6.4	LE CONSENSUS CONFERENCE: PROGETTARE ITINERARI DI CURA COMPARTICIPATI	8
6.5	STRUTTURAZIONE DI UN PIANO FORMATIVO.....	8
7.	L'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE E IL COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE	8
7.1	LA CARTELLA PER LE PRESTAZIONI DELLE CURE DOMICILIARI.....	9
7.2	LE REGISTRAZIONI RELATIVE ALLE VISITE DOMICILIARI	10
7.3	I RAPPORTI DI VERIFICA ISPETTIVA INTERNA (REALIZZATI SECONDO LA NORMA UNI EN ISO 9001/15 PER CUI IL CONSORZIO È CERTIFICATO).....	10
7.4	LE REGISTRAZIONI RELATIVE AGLI INCONTRI CON IL REFERENTE FAMILIARE	10

Rev.	Data	MOTIVO DELLA REVISIONE	EMESSO DA	VERIFICATO DA	APPROVATO DA
00	18/09/17	Adeguamento alla norma ISO 9001:2015	DS-DA	CQ	PR
01	20/01/22	Aggiornamento Generale	DS-DA	CQ	PR

1. SCOPO

Lo scopo di questa procedura è quella di gestire le modalità di comunicazione con il paziente e con i suoi familiari.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura ha valenza trasversale e si applica a tutti gli operatori del servizio di cure domiciliari.

3. RESPONSABILITÀ

La responsabilità della corretta applicazione della presente Procedura è demandata al Responsabile del servizio di cure domiciliari, al personale addetto alla centrale, al personale sanitario e al Direttore Sanitario

4. GENERALITÀ

4.1 Gli strumenti informativi messi a disposizione del paziente e/o dei suoi familiari

Il Consorzio è consapevole della necessità di conferire al paziente un ruolo di protagonista attivo del processo di cura e della sua valutazione, non un semplice destinatario di prestazioni, pertanto lo stesso è adeguatamente informato su tutto il processo trattamentale, sulle eventuali soluzioni per il raggiungimento della guarigione o del rallentamento dei processi di decadimento fisico e psichico, sulle risorse del servizio e della stessa comunità che possono essere attivate nell'ambito del progetto assistenziale personalizzato. A tal proposito Sisifo ha ritenuto indispensabile definire una strategia idonea a garantire un flusso costante di informazioni dal servizio ADI all'utenza individuando strumenti precisi in rispondenza di ogni fase operativa del processo trattamentale, dalla pianificazione delle prestazioni settimanali alla presa in carico del PAI, e da questa alle dimissioni. Di seguito esponiamo il materiale informativo messo a disposizione del paziente e/o dei suoi familiari lungo il percorso di gestione del paziente:

4.2 Comunicazione al paziente/famiglia in fase di pianificazione delle prestazioni domiciliari: LA CARTA DEI SERVIZI.

La centrale operativa stabilisce le modalità di contatto con l'utente e/o la famiglia per definire con loro i tempi e il planning dell'intervento, per la presentazione dell'operatore che effettuerà il primo accesso, e per dare e/o ricevere ulteriori informazioni ed istruzioni (ad esempio: eventuali materiali o locali che i familiari dovranno predisporre). Viene avvisato il paziente e la famiglia dell'avvio del servizio e si verifica che le giornate e gli orari previsti siano confacenti con le esigenze della persona. Il paziente riceve in questa fase la Carta dei servizi che è lo strumento che garantisce la trasparenza dell'operatività e della gestione delle risorse umane e che fornisce al paziente gli strumenti necessari per usufruire pienamente dei servizi erogati

dall'Ente, definendo una sorta di contrattualità tra Sisifo e i suoi utenti-clienti, volto a precisare i diritti e i doveri reciproci.

Va sottolineato che prima dell'avvio del servizio Sisifo si fa promotore della divulgazione, fra i potenziali clienti, della necessaria modulistica per l'accesso alle cure domiciliari informando sull'iter amministrativo.

4.3 Comunicazioni al paziente durante la realizzazione del PAI: informare/orientare per sostenerlo, conferirgli protagonismo attivo e consentirgli pertanto una valutazione del servizio.

Sisifo utilizza i seguenti mezzi e strumenti informativi per rendere edotto il paziente e i suoi familiari sull'ADI e i suoi servizi correlati in fase di realizzazione del PAI:

- **Il Vademecum del servizio per le famiglie provvisto di procedure inerenti i processi di cura: l'informazione/formazione specifica per l'assistito e la famiglia per promuovere loro la capacità di autonomia/indipendenza nei processi di cura**

Durante tutto il periodo del servizio, i professionisti di Sisifo, promuovono un'azione informativa/formativa rivolta al paziente ed ai familiari al fine di renderli il più possibile autonomi nello svolgimento di alcune pratiche quotidiane legate ai bisogni determinati dalla condizione patologica di cui sono affetti. Consegnano a tal fine un completo Vademecum con immagini esplicative e puntuali indicazioni operative. Indispensabile diventa l'attuazione di tutte le procedure per espletare un'informazione Sanitaria rivolta agli utenti inseriti nel servizio di Cure Domiciliari in modo da trarre il beneficio della collaborazione e del coinvolgimento per una maggiore efficacia degli stessi interventi sanitari o socio-assistenziali. Tra gli interventi messi in atto hanno un'importanza rilevante le procedure formative/informative del paziente e dei familiari nello svolgimento di alcune pratiche quotidiane integrate nel Vademecum quali: la somministrazione della terapia insulinica; la somministrazione della terapia sottocutanea; la somministrazione della terapia orale; la gestione delle ileo - colon stomie; stacco della terapia infusione; cambio del sacchetto raccolta urine; etc.

- **Divulgazione di opuscoli e materiale informativo sulle patologie ed eventuali complicanze**

Sisifo predispone e distribuisce ai pazienti materiale informativo (brochure) che lo rendono edotto sulle caratteristiche delle varie patologie e sulle cure adottabili anche in seno all'ADI. Le brochure utilizzano un linguaggio semplice e supportato da rappresentazioni grafiche e ove necessario fumettistica al fine di consentire una rapida ed efficace comprensione delle indicazioni operative previste.

4.4 Informazioni di restituzione al paziente dell'attività dell'ADI

La realizzazione di una puntuale attività di informazione/restituzione del progetto fra i pazienti e i familiari al fine di promuoverne il consenso è garantita attraverso la condivisione degli esiti trattamentali registrati dai professionisti del servizio in cartella clinica.

Il paziente e i familiari sono resi edotti delle evoluzioni del trattamento sanitario; tale attività è mirata a creare il consenso necessario per garantire fluidità operativa e protagonismo attivo di tutti gli attori coinvolti nel servizio.

4.5 Informazioni al paziente e familiari su prevenzione delle infezioni correlate.

In relazione alla necessità di effettuare prevenzione delle infezioni correlate sono state raccolte diverse raccomandazioni finalizzate a mettere in atto pratiche ed accorgimenti per contrastare in modo concreto ed efficace l'insorgenza di infezioni correlate all'assistenza

Il personale sanitario che svolgerà interventi di cura dovrà:

- documentare eventuali fenomeni di infezione in cartella clinica;
- applicare in maniera corretta l'uso delle procedure;
- Informare i familiari sulla necessità di attenzionare la pulizia e la sanificazione degli ambienti domestici e utilizzare tecnologie innovative di prevenzione;
- informazione e formare i pazienti e familiari sui comportamenti da adottare per contribuire alla sicurezza e alla prevenzione dei fenomeni infettivi.

5. L'ITER ASSISTENZIALE E IL CONVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA

Il percorso assistenziale si caratterizza per la definizione di fasi operative nell'ambito della quali si conferisce centralità all'utente attraverso il suo coinvolgimento attivo e nello specifico.

Nell'esecuzione di un PAI l'addetto alla centrale si occuperà di contattare l'utente e/o caregiver per informare dell'avvio del servizio di assistenza domiciliare ed effettuerà la verifica dei dati anagrafici e le necessità dell'assistito. Durante il contatto telefonico viene concordato il giorno e l'orario d'inizio dell'intervento, coerentemente a quanto previsto dal PAI e tenendo in debito conto le esigenze dell'utente.

Si procede in tal modo alla definizione di una "**Tabella di marcia**" complessiva delle attività programmate ponendo particolare attenzione ad evitare la sovrapposizione delle diverse figure professionali che devono effettuare la prestazione a domicilio del paziente.

L'addetto di centrale dedicherà particolare cura nel descrivere il servizio da erogare, la tipologia di intervento anche da un punto di vista organizzativo, nel presentare l'operatore principale e il secondo operatore individuato e si dimostrerà attento e disponibile nel rispondere alle ulteriori domande e richieste di chiarimenti richiesti dall'utenza coinvolgendo attivamente sia il paziente che il caregiver nel percorso di assistenza.

A seguito dell'acquisizione dei dati, verrà compilata la **Scheda di avvenuta presa in carico** indicando la data, nome, cognome e qualifica degli operatori assegnati e tutte le eventuali ulteriori informazioni richieste dall'ASP.

Al fine di conseguire una maggiore efficacia degli interventi di assistenza domiciliare ed un maggior beneficio per l'assistito vengono realizzate una serie di interventi di formazione- educazione nei confronti dell'assistito e dei suoi familiari.

Tra queste rivestono sicuramente un'importanza rilevante la cd. "Educazione sanitaria" ossia la conoscenza delle procedure di addestramento del paziente e dei familiari nello svolgimento di alcune pratiche quotidiane di carattere più generale.

Tra questi interventi formativi-educativi elenchiamo n.7 azioni più ricorrenti:

- Azione formativa 1 - la somministrazione della terapia insulinica;
- Azione formativa 2 - la somministrazione della terapia sottocutanea;
- Azione formativa 3 - la somministrazione della terapia orale;
- Azione formativa 4 - la gestione delle ileo - colon stomie;
- Azione formativa 5 - la bronco aspirazione nel paziente tracheostomizzato;
- Azione formativa 6 - stacco della terapia infusione;
- Azione formativa 7 - cambio del sacchetto raccolta urine;

La formazione sarà integrata da azioni di tutoring un po' più complesse e che richiedono maggior intensità di supporto all'assistito/famiglia/caregiver e nello specifico:

- Azione 8 - Formazione nei casi di alimentazione dei pazienti con piaghe da decubito;
- Azione 9 - Formazione su alimentazione dei pazienti con patologie neuro-degenerative;
- Azione 10 - Formazione sull'alimentazione del paziente oncologico
- Azione 11 - Formazione sulla ventilazione domiciliare (VDM)
- Azione 12 - Formazione sul servizio di ossigenoterapia domiciliare (O.L.T.)
- Azione 13 - Formazione sul servizio di ventiloterapia domiciliare (V.M.D.)
- Azione 14 - Formazione sulla nutrizione artificiale (NAD)
- Azione 15 - Formazione su servizio di nutrizione enterale e parenterale domiciliare

Gli operatori sanitari addestreranno il paziente e/o i familiari/caregiver nella effettuazione di alcune procedure tecniche per la gestione della NAD:

- Medicazione della PEG
- Preparazione e somministrazione della miscela nutriente
- Somministrazione farmaci per OS tramite PEG o SNG
- Attivazione e Disattivazione della pompa nutrizionale
- Gestione degli allarmi della pompa nutrizionale

Gli operatori sanitari addestreranno il paziente e/o i familiari/caregiver nella effettuazione di alcune procedure tecniche per la gestione della NPT:

- Somministrazione farmaci tramite CVC

- Attivazione e disattivazione della pompa Infusionale
- Gestione degli allarmi della pompa Infusionale
- Conservazione delle sacche e dei preparati da somministrare tramite CVC
- Educazione socio-sanitaria

5.1 Informazione e consenso

Costituisce uno dei cardini della gestione del rischio clinico, assumendo importanza sia per l'acquisizione di un consenso giuridicamente valido, attraverso un'informazione corretta ed esaustiva, sia come fondamentale processo di comunicazione tra il medico e il paziente (o i suoi congiunti) finalizzato a ottenere la totale partecipazione del paziente nella scelta delle cure, ponderando i rischi delle scelte tra le varie possibilità prospettate, comprese quelle inerenti il rifiuto dell'una e dell'altra ipotesi diagnostico- terapeutica.

5.2 Analisi partecipata della qualità

L'Analisi Partecipata della Qualità è un metodo di valutazione della qualità dei servizi che tende a favorire il processo di apertura e di trasparenza del servizio di cure domiciliare e riguarda essenzialmente la qualità percepita prendendo in esame tre aspetti principali:

- la qualità tecnica: attrezzature, aggiornamento del personale, continuità della prestazione, assistenza sanitaria, organizzazione del lavoro;
- il comfort: dalle prestazioni ai sistemi di informazione;
- rapporti interpersonali: come quelli tra medico e paziente e tra infermiere e paziente, nonché i rapporti con il Consorzio, la disponibilità e la circolazione delle informazioni e così via;
- rischio clinico: la corretta informazione e il loro consenso sui rischi che possono determinarsi.

L'Analisi Partecipata della Qualità oltre ad essere una tecnica di valutazione è allo stesso tempo, una procedura di miglioramento della qualità che si contraddistingue per l'efficace sintesi tra tecnicità e carattere partecipativo. Essa incentra, in particolare, la sua attenzione sulla qualità del servizio all'utente, sia nella sua globalità, sia nei suoi specifici aspetti, distinguendosi dai cosiddetti approcci di qualità percepita, che rappresentano solo un aspetto secondario della sua analisi.

5.3 Le registrazioni relative agli incontri con il referente familiare

Periodicamente sono predisposti incontri con i familiari dei pazienti, al fine di favorire un confronto sull'andamento del Servizio, valutarne i rischi, presentandogli i risultati delle schede di rilevazione della qualità e raccogliendo gli spunti critici e le ipotesi di miglioramento promosse dagli stessi familiari/utenti

6. STRUMENTI PER IL COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE E DEL FAMIGLIARE

Il Consorzio Sisifo prevede la promozione di itinerari di perseguimento della Qualità delle relazioni fra gli attori coinvolti nell'iter di cura. Ciò lo realizza attraverso specifici strumenti di seguito descritti.

6.1 Percorsi di sostegno sociale e relazionale

Personale qualificato provvede a fornire informazioni pertinenti, utili e chiare, relative ai percorsi assistenziali presenti nel territorio, a seconda della patologia di cui il familiare è affetto. Tale percorso è facilitato attraverso l'ausilio di una mappatura risorse, formali ed informali che la centrale operativa e i suoi nodi di rete possiedono; gli attori coinvolti pertanto si relazionano con il fine di rilevare la soluzione più appropriata per il paziente. Vengono inoltre esplicitate le modalità di accesso ai servizi domiciliari e territoriali, la modalità di richiesta di presidi ed ausili. Le necessità degli utenti verranno inseriti nel sistema telematico in rete ed inviate agli organi di competenza per l'eventuale soluzione del bisogno (es: bisogno assistenziale verrà contattato il distretto sanitario di competenza). In questa sede è inoltre possibile reperire materiale informativo, relativo alle patologie maggiormente presenti nei pazienti critici (diabete, ipertensione, patologie neuro-degenerative, demenza e patologie oncologiche), inserendo informazioni non solo cliniche ma anche eventuali contatti ed indirizzi di centri specialistici nel trattamento della malattia e delle eventuali complicanze.

6.2 Percorso di sostegno alle famiglie dei pazienti affetti da patologie croniche neurodegenerative che complicano il quadro sanitario

Queste patologie, coinvolgono principalmente tre soggetti: il malato, il familiare (carer) e tutti coloro che al malato si relazionano nei rispettivi ruoli.

Pertanto, sostenere la famiglia nei suoi compiti di cura, individuare risorse di sostegno sia all'interno del nucleo familiare o della famiglia allargata, che nella comunità locale, comporta un valido aiuto per la famiglia. Un 'equipe specializzata (medico, psicologo, assistente sociale, infermiere), tramite incontri programmati con il caregiver e/o nucleo familiare possono raccogliere i loro bisogni e supportarli nella gestione di tali pazienti, considerando che, è stato convalidato il rallentamento di questa patologia se la stessa viene accolta con le dovute modalità.

6.3 Percorso di sostegno alle famiglie dei pazienti affetti da patologie oncologiche in fase avanzata di malattia.

Il paziente oncologico sin dal momento della diagnosi si trova ad affrontare una nuova condizione esistenziale che coincide inevitabilmente con lo svelamento della propria mortalità. Il malato e la famiglia, hanno bisogno di essere assicurati, orientati, aiutati e guidati durante tutte le fasi del percorso assistenziali, e soprattutto durante la fase terminale della malattia, quando , il senso di abbandono prodotto dalla morte del congiunto, impone in un'ottica di continuità assistenziale, la presa in carico dei congiunti che hanno subito una perdita

significativa, per consentire un'accettazione serena della morte. Pertanto una equipe specializzata (medico oncologo, psicologo, infermiere, assistente sociale), tramite incontri programmati con il caregiver e/o nucleo familiare del paziente si renderanno disponibili per effettuare colloqui finalizzati all'accoglienza del disagio oncologico, sia all'elaborazione del lutto del congiunto.

Sarà obiettivo dell'equipé di centrale costituire dei gruppi di aiuto formato dagli stessi familiari che avranno la possibilità di confrontarsi e trovare sostegno nel confronto e condivisione di problematiche comuni.

E' oramai assodato che la terapia di gruppo fornisce elementi ai partecipanti che tendono ad abbassare la condizione di "isolamento" che pone una situazione di estrema complessità quale l'elaborazione di una perdita imminente, l'affronto di una malattia inguaribile, la perdita dei ritmi della normale quotidianità.

6.4 Le Consensus conference: progettare itinerari di cura compartecipati

Durante la realizzazione del progetto saranno organizzati momenti di restituzione (denominati Consensus Conference) degli esiti del progetto e delle metodologie di intervento fra tutti gli attori direttamente (caregiver, pazienti, famiglie) anche con gli attori indirettamente coinvolti (servizi sociali, referenti servizio sanitario, volontari), formali e non. Tali momenti denominati Consensus conference sono incentrati sulla promozione dei diritti e doveri di cittadinanza e soprattutto sulla costruzione di relazioni, linguaggi e percorsi comuni al fine di operare nella comunità secondo uno spirito di condivisione e di consenso. I partecipanti ai suddetti momenti ricevono copia del verbale di ogni Consensus Conference che suggella questo patto sociale fra gli attori coinvolti nei processi delle Cure domiciliari.

6.5 Strutturazione di un piano formativo

Il Consorzio ha previsto l'organizzazione di specifici percorsi formativi che oltre a migliorare le competenze degli operatori permette ai partecipanti di acquisire conoscenze in tema di counselling al fine di migliorare la qualità delle relazioni tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari.

7. L'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE E IL COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

Attraverso le riunioni dell'equipe, il Gruppo definisce la natura della propria relazione/funzione rispetto alla realizzazione di determinati obiettivi, stimolando la riflessione sull'intervento e garantendo la verifica collegiale attraverso la continua e sistematica messa a punto della realtà quotidiana.

Operativamente, la riunione ha la funzione di:

- verifica e aggiornamento dei piani individuali di trattamento con analisi dell'andamento complessivo del Servizio e di rilevazione di elementi critici che incidono sulla condizione del paziente;

- informazione, intesa come circolarità di notizie che devono essere patrimonio dell'intero Gruppo e di coloro che, a qualunque titolo, partecipano alla definizione e realizzazione dei progetti, alla loro lettura critica e al loro miglioramento compreso il familiare e ove possibile il paziente;
- definizione e valutazione degli elementi utili alle eventuali modifiche del Servizio.

L'approccio multidisciplinare e multidimensionale dell'assistenza domiciliare integrata è funzionale al raggiungimento di un obiettivo fondamentale per la buona riuscita del percorso assistenziale:

- la qualità della relazione tra pari (equipe di cura)
- la qualità della relazione tra l'organizzazione e utenza

Il confronto costante all'interno del team e con il paziente/famigliare, prassi caldamente promossa dal consorzio SISIFO, consente di valutare il percorso e di individuare eventuali criticità o esigenze di revisione del percorso stesso tenendo sempre alta l'attenzione sui bisogni assistenziali del paziente e puntando su presupposti comunicativi e relazionali che devono essere sempre efficaci e lineari.

I fattori costitutivi del percorso:

- valutazione multidimensionale
- individuazione case manager
- creazione team assistenziale
- gestione integrato dell'assistenza
- definizione del PAI condiviso tra tutti inclusi pazienti e caregiver

evidenziano infatti che, senza una comunicazione trasparente ed efficace tra tutti i soggetti coinvolti nel percorso ed una loro partecipazione attiva e consapevole nel medesimo, l'assistenza non solo non si svilupperebbe efficacemente ma non potrebbe nemmeno essere avviata.

7.1 La Cartella per le prestazioni delle Cure Domiciliari

Al fine di garantire la verifica della prestazione resa e di canalizzare correttamente ogni informazione, sarà presente presso il domicilio di ciascun paziente una cartella utente, contenente i seguenti elementi:

- cartella clinica;
- il regolamento del Servizio;
- i nominativi del personale impiegato per il servizio, le loro funzioni e il modo per contattarli;

- una scheda - diario curata dagli operatori tutti, recante ogni annotazione significativa circa lo svolgimento delle prestazioni, le presenze degli Operatori ed in sintesi le prestazioni svolte rilevando step by step elementi critici e disfunzionali che necessitano di immediate azioni correttive

Questa cartella sarà “aperta” agli altri attori del Servizio.

Attraverso questo strumento, si renderà possibile la “lettura” del Servizio nei confronti dell’Utente e della famiglia dello stesso. Inoltre la condivisione di questo protocollo operativo, da un lato consente agli operatori di responsabilizzarsi, dall’altro rende maggiormente visibile ed oggettivizzabile il loro operato.

7.2 Le registrazioni relative alle visite domiciliari

Le visite domiciliari, da realizzare concordemente con il medico del Distretto Responsabile delle Cure Domiciliari, hanno carattere di programmazione e verifica circa il raggiungimento degli obiettivi posti e delle modalità operative messe in atto per il loro raggiungimento. Le visite di verifica possono avere una periodicità definita ed essere svolte, quindi, in base a una programmazione concordata con il medico del Distretto Responsabile delle Cure Domiciliari; possono altresì essere svolte in presenza di particolari problematiche o di situazioni contingenti.

7.3 I rapporti di Verifica ispettiva Interna (realizzati secondo la norma UNI EN ISO 9001/15 per cui il Consorzio è certificato)

I controlli interni di audit semestrali previsti nell’ambito dell’applicazione della norma UNI EN ISO 9001 che consistono in azioni di autocontrollo della corretta esecuzione del servizio realizzata da un gruppo di audit specializzato e multi-professionale (Responsabile Qualità e due esperti tecnici-infermiere/medico) presso la centrale operativa oltreché presso il domicilio di un paziente preso a campione. L’attività di audit è orientata sia alla verifica documentale che alla corretta erogazione delle prestazioni offerte dal servizio attraverso intervista all’utente/famiglia

7.4 Le registrazioni relative agli incontri con il referente familiare

Periodicamente sono predisposti incontri con i familiari degli Utenti, al fine di favorire un confronto sull’andamento del Servizio; inoltre essi possono rappresentare una occasione di condivisione con l’utenza degli obiettivi che il Servizio si pone nel suo insieme, ad esempio, presentandogli i risultati delle schede di rilevazione della qualità e raccogliendo gli spunti critici e le ipotesi di miglioramento promosse dagli stessi familiari/utenti.

Il presidente
