

INDICE

1.	PRINCIPI GENERALI	3
2.	SCOPO	3
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE	3
4.	MODALITA' DI COMUNICAZIONE DEL PIANO	3
5.	LISTA DI DISTRIBUZIONE	4
6.	SIGLE, ABBREVIAZIONI E ACRONIMI	4
7.	ATTIVITA' E RESPONSABILITA'	4
8.	OBIETTIVI OPERATIVI ADI PER L'ANNO 2022.....	5
8.1	OBIETTIVI MANAGERIALI.....	5
8.1.1	PRODUTTIVITÀ SEDE DI AGRIGENTO	5
8.2	OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI	5
8.2.1	<i>Indicatori dell'erogazione del servizio</i>	5
8.2.2	<i>Indicatori di qualità</i>	6
8.2.3	<i>Indicatori di input</i>	7
8.2.4	<i>Indicatori di processo</i>	7
8.2.5	<i>Indicatori di output</i>	8
8.3	OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO DEGLI OUTCOME	10
8.3.1	INDICATORI DI OUTCOME	10
9.	PROGRAMMA RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI	11
9.1	INDICATORI MANAGERIALI.....	12
7.1.1.	FINALITÀ	12
7.1.2.	RESPONSABILITÀ E MODALITÀ DELLA RILEVAZIONE.....	12
7.1.3.	ORDINAMENTO DEI DATI.....	12
7.1.4.	ANALISI DEI DATI	12
9.2	INDICATORI DI PROCESSO	12
9.2.1	FINALITÀ	12
9.2.2	RESPONSABILITÀ E MODALITÀ DELLA RILEVAZIONE	13
9.2.3	ORDINAMENTO DEI DATI.....	13
9.2.4	ANALISI DEI DATI.....	13
9.3	INDICATORI DI OUTCOME.....	13
9.3.1	FINALITÀ	13
9.3.2	RESPONSABILITÀ E MODALITÀ DELLA RILEVAZIONE	13
9.3.3	ORDINAMENTO DEI DATI.....	13
9.4	TABELLA DEL PROGRAMMA DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI (<i>DR.POQ.03 PROGRAMMA RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI</i>).....	14
9.5	ANALISI DEI DATI.....	14
9.6	ALTRA REPORTISTICA	14
3.	MONITORAGGI	15
4.	ALLEGATI.....	15



DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE
PIANO DELLA QUALITA' DELLE CURE DOMICILIARI
BASE – I-II-III LIVELLO
2022/2023

Codice documento:
DR.POQ.01
Emesso 17/09/2017
Rev.01 del 28.11.2021
Rev.02 del 02.02.2023

REV.	REDATTA DA PR		VERIFICATA DA RQ		APPROVATO DA PR	
	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA
00	17/09/2017		17/09/2017		17/09/2017	
01	27/11/2021		28/11/2021		28/11/2021	
02	30.01.2023		01/02/2023		02/02/2023	

1. PRINCIPI GENERALI

Il presente piano è redatto in coerenza con la politica della qualità e con i criteri sanciti nel Piano strategico di SISIFO sulle modalità di *pianificazione e definizione degli obiettivi della qualità e dove* sono definiti gli obiettivi strategici, le responsabilità e le modalità per il loro conseguimento in un'ottica di miglioramento continuo del sistema di gestione per la qualità.

In tale prospettiva la SISIFO ha stabilito di procedere nel corso del 2017 ad una completa revisione del sistema qualità adeguandolo alla nuova normativa ISO 9001:2015; tale revisione consentirà di effettuare una accurata analisi di tutti i processi assistenziali e di supporto e di individuare le opportunità per il miglioramento della performance globale.

Premessa indispensabile è la traduzione degli obiettivi strategici in obiettivi operativi misurabili e la disponibilità di dati sul loro andamento in corso di anno, la cui analisi può consentire di attivare le azioni più efficaci per il loro conseguimento.

Di seguito vengono riportati gli indicatori per la valutazione dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza dei servizi resi.

2. SCOPO

Lo scopo del presente documento è quello di definire gli obiettivi, le responsabilità, le procedure ed i monitoraggi da effettuare e che consentiranno di tenere sotto controllo tramite un programma di monitoraggio costante e stabilito a priori i fattori di miglioramento dell'organizzazione aziendale.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La pianificazione è un processo trasversale che riguarda tutti i settori dell'organizzazione della Consortile e ai processi di assistenza domiciliare.

Il metodo da utilizzare per la pianificazione, l'implementazione, l'analisi ed il miglioramento continuo dei processi è il P.D.C.A. (Plan-Do-Check-Act) o ciclo di Deming, mediante il quale è possibile pervenire alla individuazione di criticità o opportunità di miglioramento che devono dare origine a specifici piani di azione, quando possibile, o alla re-ingegnerizzazione del processo quando questo risulti ormai inadeguato al conseguimento degli obiettivi di qualità e sicurezza del paziente e degli operatori.

4. MODALITA' DI COMUNICAZIONE DEL PIANO

Tutti i documenti del sistema organizzativo quindi non solo quelli inerenti il sistema di qualità sono diffusi e condivisi tra gli operatori nelle seguenti modalità:

- Avviso per mail a tutti gli operatori interessati dal tema dell'introduzione di nuovi documenti
- Condivisione del documento tramite drop box; il documento sarà salvato in PDF per tutelarne la protezione e l'immodificabilità
- Ogni operatore avrà delle credenziali di accesso alla cartella condivisa
- Eventuali documenti che hanno una valenza pubblica (che possono e/o devono essere conosciuti da tutti) potranno essere anche pubblicati nel sitoweb.

Per quanto riguarda la stesura dei documenti del sistema di Gestione per la qualità e l'accreditamento sarà l'ufficio qualità che supporterà i servizi interessati ad elaborare tali procedure. Lo stesso ufficio si occuperà di distribuire per mail alle centrali operative i nuovi documenti e, a loro volta, si occuperanno di farli pervenire a tutti gli operatori.

L'operatore, una volta ricevuto il documento, dovrà scaricarlo il contenuto ed inviare l'ok di avvenuta ricezione alla centrale operativa inviante.

5. LISTA DI DISTRIBUZIONE

- Presidente CdA
- Consiglieri Delegati
- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo
- Direttore Operativo
- Direttore Tecnico
- Responsabile Formazione
- Responsabile Qualità
- Coordinatore Infermieristico
- Coordinatore Fisioterapisti
- Coordinatore Amministrativo
- Tutti gli operatori di centrale
- Tutti gli Operatori domiciliari

6. SIGLE, ABBREVIAZIONI E ACRONIMI

- ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
- PR: Presidente
- CD: Consigliere Delegato
- DT: Direttore Tecnico
- RF: Responsabile Formazione
- RQ: Responsabile Qualità
- CI: Coordinatore Infermieristico
- CFKT: Coordinatore Fisioterapisti
- CA: Coordinatore Amministrativo
- RU: Responsabile URP
- RIC: Responsabile Prevenzione delle ICA

7. ATTIVITA' E RESPONSABILITA'

L'analisi e la revisione dei processi è condotta nell'ambito delle attività proprie del Comitato Qualità ed ha come risultato la revisione di politiche e strategie. L'attività di identificazione e proposizione degli obiettivi annuali è affidata al RQ ma la l'approvazione è sempre una responsabilità esclusiva degli organi di governo dell'azienda e dunque del Presidente del Consorzio. La revisione del documento deve avere una frequenza minima annuale.

8. OBIETTIVI OPERATIVI ADI PER L'ANNO 2023

8.1 OBIETTIVI MANAGERIALI

Area	Indicatore	Obiettivo
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA DOMICILIARE	• Numero di richieste di assistenza ricevute	n.d.
	• Numero di pazienti assistiti in linea tramite trattamenti riabilitativi, infermieristici, sociosanitari e ove necessario medico specialistici. (I-II-III livello)	Almeno 100
	• N. di Pazienti con assistenza nutrizionale sul totale dei pazienti (I-II-III livello)	//

8.1.1 PRODUTTIVITÀ SEDE DI AGRIGENTO

Sede di Agrigento							
Proiezione Anno 2023 numero pazienti per fasce di età numero di prestazioni erogate							
Età	Num Pazienti	Accessi Infermieristici	Accessi terapeuti	Accessi OSS	Accessi Psicologo	Accessi Dietista	Accessi Medico
0-18	40	2651	3124	557	0	0	2
19-64	368	8431	8674	2048	94	2	8
>= 65	3049	70412	39502	2772	101	3	12
TOTALE	3457	81494	51299	5377	194	5	22

8.2 OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI

8.2.1 Indicatori dell'erogazione del servizio

Al fine di esplorare questo livello di profondità del sistema di valutazione si sono identificati le due seguenti scale di indicatori, una afferente agli aspetti di processo/efficienza e l'altra agli aspetti di risultato/efficacia.

INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DEL SERVIZIO

di processo/efficienza	di risultato/efficacia
<ul style="list-style-type: none"> • Sussistenza di programma generale di attività • Sussistenza di programma individualizzato • Aggiornamento dei programmi • Diario dell'operatore • Forme di Integrazione socio-sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Richieste di adesione al servizio • Attività formativa eseguita • Attività di aggiornamento professionale eseguita • Istituzionalizzazioni • Istituzionalizzazioni inappropriate

INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DEL SERVIZIO

di processo/efficienza	di risultato/efficacia
<ul style="list-style-type: none"> • Rapporto istanze ammissione al servizio/utenti in carico • Rapporto operatore/prestazioni erogate • Relazioni informative con referente familiare e contesto sociale di appartenenza • Verifiche interne sull'andamento del servizio • Documentazione/verbalizzazione della attività • Contatti con la rete del volontariato/associazionismo locale aderente e non al progetto/servizio 	<ul style="list-style-type: none"> • Mappa delle relazioni sociali • Manifestazioni di bisogno dalle famiglie/risposte effettuate • Condizione di benessere/malessere dell'utente • Grado di autonomia raggiunto/non raggiunto dall'utente • Accettazione degli esiti

La prima classe di indicatori sarà funzionale all'analisi della correttezza dell'impostazione metodologica, delle azioni procedurali e alla valutazione dell'impiego delle risorse; la seconda pone l'attenzione su alcuni caratteri ben definiti e osservabili che riguardano i destinatari, diretti e indiretti del progetto, ponendo le premesse per un confronto fra la situazione iniziale e quella finale in relazione agli obiettivi posti.

Il percorso delineato permetterà di giungere ad una disamina attenta di quelli che potranno essere i fattori di successo e gli elementi critici dello sviluppo del servizio sul territorio, circostanza che permetterà di evidenziare singole specificità, eventuali distonie e cogliere, dunque, tutti gli elementi necessari alla riprogettazione. Nelle sedi istituzionali appropriate potrà più agevolmente essere condotta una verifica per definire i reali effetti prodotti sui destinatari con riferimento alle risorse impiegate e agli obiettivi posti, nonché potrà essere valutata l'adeguatezza delle strategie attuate per il raggiungimento dei risultati attesi.

8.2.2 Indicatori di qualità

All'interno di un sistema orientato alla qualità, la definizione degli indicatori può riguardare essenzialmente quattro aree:

- **l'input**, ovvero l'insieme delle risorse umane e strumentali necessarie per la realizzazione del Servizio;
- **il processo**, vale a dire l'insieme delle modalità organizzative che l'organizzazione adotta nel suo insieme per produrre l'intervento;
- **l'output**, le attività e le prestazioni realizzate durante l'intervento;
- **l'outcome**, cioè l'insieme degli effetti prodotti sull'Utenza.

Per ciascuna di queste dimensioni è possibile individuare i relativi indicatori più significativi, in un'ottica che mira a definire un quadro di riferimento globale.

Gli indicatori che di seguito andiamo a proporre intendono evidentemente misurare il livello di qualità della parte di Servizio che attiene al Gestore; è altresì evidente che essi non possono considerarsi risolutivi rispetto ad una visione complessiva del Servizio, inteso come organismo articolato, poiché tale visione richiederebbe un'intersezione tra indicatori che, appunto, attengono alle competenze del Gestore, e quelle che attengono al Committente e che concernono, ad esempio, le modalità di gestione delle liste d'attesa, i livelli di contribuzione al Servizio, i tempi di accesso al colloquio e alla visita domiciliare dei servizi sociali.

8.2.3 Indicatori di input

Oggetto	Indicatore	Strumenti	Obiettivo	Valore soglia
Professionalità degli Operatori	Operatori in possesso di tutti i titoli richiesti sul numero di operatori inseriti	Verifica Curricula e autenticità dei titoli presentati	100%	≥ 98
Adeguate composizione delle risorse umane	Percentuale di copertura della tipologia di dotazione di risorse umane richiesta per centrale operativa	Verifica della Pianta Organica i ciascuna centrale operativa	100%	≥ 98
Dotazione di strumenti informativi	N. di postazioni allestite adeguatamente sul numero di postazioni esistenti in centrale	Verifica dotazione di centrale ed elenco hardware e software	100%	≥ 98
Dotazione di dispositivi e presidi	Percentuale di copertura della dotazione strumentale richiesta e cogente	Verifica dotazione del magazzino di centrale	100%	≥ 98
Dotazione extra apparecchiature e dispositivi critici	Percentuale di copertura della dotazione strumentale extra	Verifica dotazione del magazzino di centrale	100%	≥ 98

8.2.4 Indicatori di processo

Tali indicatori si riferiscono al processo che determina l'erogazione delle prestazioni, misurandone le pre - condizioni che stanno alla base di un buon esito, e possono riassumersi in:

Oggetto	Indicatore	Strumenti	Obiettivi	Metriche	Valore e soglia
Livello di integrazione con i Servizi della Rete	n° di incontri d'equipe allargata n° rapporti di rete attivati	Verbali e fogli presenza	Promuovere la capacità del servizio di interagire con gli attori dell'ADI al fine di qualificarne i PAI attraverso interlocuzioni con almeno 4 attori coinvolti a settimana	1attore coinvolto:1 2attori coinvolti:2 3 attori coinvolti:3 4 attori coinvolti: 4	3

Oggetto	Indicatore	Strumenti	Obiettivi	Metriche	Valore e soglia
Gestione delle risorse umane	n° ore di formazione continua n° ore di affiancamento Turnover calcolato su base oraria	Registri presenze Moduli registrazione Intervento formativo e di affiancamento	Verificare mensilmente l'adeguatezza del rapporto personale/paziente e delle ore di accompagnamento del personale in formazione	1-2 ore form/sett: 1 3-4 ore form/sett:2 5-7 ore form/sett:3 8 ore-oltre form/sett:4	2
Affidabilità del Servizio	Scarto tra gli orari pattuiti e gli orari di reale erogazione Continuità di erogazione degli interventi Rispetto del Piano di Lavoro sulla base del Piano Individuale di Trattamento	Piani Individuali di Trattamento Piano di Lavoro settimanale Schede di registrazione intervento Schede di osservazione	Programmare settimanalmente il servizio curando la personalizzazione del PAI e al tempo stesso il planning generale	Conformità PAI 0-10%: 1 Conformità PAI 11-30%:2 Conformità PAI 31-60%:3 Conformità 61-oltre%:4	3
Personalizzazione dell'intervento	n° aggiornamenti del Piano Individuale di Trattamento Riesame della fattibilità	Piani di intervento Personalizzati Quaderni consegne Verbali collettivi	Programmare settimanalmente le prestazioni al fine di rispondere alle effettive istanze del paziente	Congruenza PAI 0-10%:1 Congruenza PAI 11-30%:2 Congruenza PAI 31-70%:3 Congruenza API 61-oltre: 4	3
Comunicazioni interne e partecipazione degli operatori	n° ore di collettivo procapite n° ore di coordinamento n° convocazioni	Scheda calendario Verbali	Promuovere un linguaggio comune e un modello condiviso attraverso la trasmissione di almeno 2 comunicazioni di servizio settimanale orientata a determinare maggiore partecipazione	Comunicazioni 1-4:1 Comunicazioni 5-7:2 Comunicazioni 8-10:3 Comunicazioni 11-oltre:4	1

8.2.5 Indicatori di output

Gli indicatori di output intendono misurare il livello di rispondenza delle prestazioni erogate rispetto a quanto pianificato.

Oggetto	Indicatore	Obiettivo	Valore soglia
Erogazione del servizio	Numero di giorni ed ore di apertura della centrale operativa per settimana 6 gg/settimana - 66 ore/settimana Percentuale di copertura del servizio	100%	≥ 98
	% di pazienti per i quali il tempo di attesa fra la segnalazione del caso (ricevimento PAI) e la presa in carico domiciliare è ≤2 gg	100%	≥ 98
	gestione emergenze nelle ore notturne e nei giorni festivi Entro 1 ora dalla chiamata	100%	≥ 98
	gestione emergenze nelle ore diurne e feriali Entro 2 ore dalla chiamata	100%	≥ 98
	N. di accessi condotti in teleassistenza su quelli richiesti	100%	≥ 98



DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE
PIANO DELLA QUALITA' DELLE CURE DOMICILIARI
BASE – I-II-III LIVELLO
2022/2023

Codice documento:
 DR.POQ.01
 Emesso 17/09/2017
 Rev.01 del 28.11.2021
 Rev.02 del 02.02.2023

Oggetto	Indicatore	Obiettivo	Valore soglia
	N. di PAI formalizzati sul totale degli assistiti	100%	≥ 98
	N. di PAI rivalutati sul totale degli assistiti	65%	≥ 50
	Percentuale di pazienti che sono affidati ad un Case Manager	100%	≥95%
	Consulenza psicologica settimanale per i pazienti con II e III livello di assistenza: almeno 1 a settimana	100%	≥95%
Gestione del personale	N. di Piani di addestramento avviati sul numero di operatori inseriti	100%	≥ 98
	N. di Partecipazioni degli operatori ad incontri multidisciplinari su quelli programmati	100%	≥ 80
	Numero di incontri di formazione per requisiti cogenti: almeno 2 l'anno per profilo professionale	100%	≥95%
	Numero di incontri di formazione professionalizzante per i Medici: almeno 3 l'anno	100%	≥95%
	Numero di incontri di formazione professionalizzante per gli infermieri: almeno 3 l'anno	100%	≥95%
	Numero di incontri di formazione professionalizzante per fisioterapisti: almeno 3 l'anno	100%	≥95%
	Numero di incontri di formazione professionalizzante per gli OSS: almeno 3 l'anno	100%	≥95%
	Tasso di raggiungimento dei crediti formativi obbligatori e previsti nel triennio	100% degli operatori	≥80%
	Comunicazioni interne e partecipazione degli operatori <ul style="list-style-type: none"> • n° ore di collettivo procapite: ≥ n. 50 ore di collettivo pro capite annue • n° ore di coordinamento: ≥ n. 20 ore di coordinamento mensili • n° convocazioni: ≥ n. 2 convocazioni mensili per gruppi di professionisti 	100% 100% 100%	≥95% ≥95% ≥95%
Indice di turn over: rapporto del numero di operatori in uscita sul numero di operatori in entrata nell'arco dell'anno	<1	1	

Oggetto	Indicatore	Strumenti	Obiettivi	Metriche	Valore soglia
Rilevazione quantitativa	n° interventi effettuati vs n° interventi da effettuare	Confronto tra Piani di Lavoro Personalizzato Piano Individuale di Trattamento	Rilevare attraverso verifiche mensili i dati di output derivanti dalla realizzazione del servizio che contemplino il numero e la tipologia delle prestazioni	1verifica mensile 2verifiche mensili 3verifiche mensili 4verifiche mensili	2
Rilevazione qualitativa	Modalità di erogazione delle singole prestazioni	Sistema di verifica delle attività - AUDIT interni ed esterni	Promuovere almeno due azioni di autocontrollo (audit interno) mensile mirata a rilevare la qualità del servizio attraverso la sua rispondenza ai requisiti del paziente	1Audit mensile:1 2Audit: 2 3Audit:3 4Audit:4	2

	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO DELLA QUALITA' DELLE CURE DOMICILIARI BASE – I-II-III LIVELLO 2022/2023	Codice documento: DR.POQ.01 Emesso 17/09/2017 Rev.01 del 28.11.2021 Rev.02 del 02.02.2023
--	--	---

8.3 OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO DEGLI OUTCOME

8.3.1 INDICATORI di outcome

Gli indicatori di outcome sono, a nostro giudizio, quelli maggiormente rilevanti, poiché misurano il beneficio recato dal Servizio all'Utente. Vengono qui indicati strumenti e procedure che si intende adottare d'intesa con l'ASP.

L'**outcome** può essere misurato quindi:

- attraverso indicatori di carattere tecnico (screening *in itinere* - prima, durante e dopo l'intervento domiciliare - dell'Utente mediante schede di osservazione delle abilità domestiche, mentali, sensoriali, della mobilità, delle relazioni sociali acquisite o mantenute in base all'applicazione del Piano Individuale di Trattamento, e dello stato di salute);
- attraverso la rilevazione della soddisfazione dell'Utente.

Per quanto riguarda il primo punto, si propone l'elaborazione di semplici schede d'osservazione che gli operatori possono completare, trattandosi comunque di una valutazione multidimensionale e multiprofessionale, in accordo con i referenti Istituzionali.

In relazione al secondo punto, si propone altresì l'elaborazione di schede di valutazione della soddisfazione degli Operatori e degli Utenti, schede da somministrare a cadenza periodica secondo modalità e termini da concordare con i referenti Istituzionali. Per ciascuna fase e ciascun ambito del processo di controllo e valutazione della Qualità, non sono stati indicati, in corrispondenza degli indicatori, i relativi standard di riferimento.

Ciò in relazione all'assoluta opportunità che essi siano oggetto di confronto e condivisione fra i soggetti titolari del Servizio, i fornitori e tutti gli altri attori coinvolti nel sistema di produzione dello stesso.

<i>Oggetto</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Valore Soglia</i>
APPROPRIATEZZA DEL PERIODO DI PRESA IN CARICO ED INTENSITÀ ASSISTENZIALE	<ul style="list-style-type: none"> • Media della durata complessiva dell'assistenza Livello Base: 30 minuti ad accesso 	100%	≥ 98
	<ul style="list-style-type: none"> • Media della durata complessiva dell'assistenza Livello I: 30 minuti ad accesso 	100%	≥ 98
	<ul style="list-style-type: none"> • Media della durata complessiva dell'assistenza Livello II: 45/60 minuti ad accesso 	100%	≥ 98
	<ul style="list-style-type: none"> • Media della durata complessiva dell'assistenza Livello III: Oltre un'ora ad accesso 	100%	≥ 98
	<ul style="list-style-type: none"> • Livello Base: Media dei giorni effettivi di assistenza mensile non inferiore a 2 gg per paziente 	100%	≥ 98

Oggetto	Indicatore	Obiettivo	Valore Soglia
	<ul style="list-style-type: none"> Livello I : Media dei giorni effettivi di assistenza mensile non inferiore a 8 gg per paziente 	100%	≥ 98
	<ul style="list-style-type: none"> Livello II: Media dei giorni effettivi di assistenza mensile non inferiore a 14 gg per paziente 	100%	≥ 98
	<ul style="list-style-type: none"> Livello III: Media dei giorni effettivi di assistenza mensile non inferiore a 18/20 gg per paziente 	100%	≥ 98
CONTINUITÀ DELLE CURE DOMICILIARI	<ul style="list-style-type: none"> Media di giorni di ricovero ospedaliero durante l'assistenza domiciliare 	≤ 15	≤ 15
QUALITÀ ED EFFICACIA DELL'ASSISTENZA	<ul style="list-style-type: none"> N. di pazienti che hanno raggiunto gli obiettivi riabilitativi entro i 60 gg di attività 	100%	Almeno 80%
	<ul style="list-style-type: none"> N. di pazienti non guariti da un problema di piaghe da decubito nei tempi previsti dal PAI 	30%	30%
SICUREZZA DELLE CURE	<ul style="list-style-type: none"> N. di segnalazione di Near Misses 	0	0
	<ul style="list-style-type: none"> N. di segnalazione di Eventi Avversi 	0	0
	<ul style="list-style-type: none"> N. di segnalazione di Eventi Sentinella 	0	0
SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE E DELLA FAMIGLIA	<ul style="list-style-type: none"> n° di questionari di customer satisfaction rientrati/n° di questionari consegnati 	≥ 60%	≥ 60%
	<ul style="list-style-type: none"> % di risposte con giudizio positivo al questionario di customer satisfaction 	≥ 80%	≥ 80%
	<ul style="list-style-type: none"> n° di ringraziamenti ricevuti 	N.D.	N.D.
	<ul style="list-style-type: none"> temi gestione del reclamo: entro 1 settimana dalla segnalazione con evidenza di chiusura del reclamo 	100%	100%
ACQUISIZIONE NUOVE TECNOLOGIE	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione annuale sui fabbisogni di acquisizione di nuove tecnologie: <i>N. di Riesami senza identificazione del fabbisogno sul n. totale di Riesami</i> 	0	0
	<ul style="list-style-type: none"> Obiettivo di raggiungimento dei fabbisogni di acquisizione di nuova tecnologia evidenziati nel riesame: <i>Incremento del 5 % dell'investimento di nuove tecnologie rispetto all'anno precedente</i> 	5%	<5%

8.4 PROGRAMMA RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI

La scelta degli indicatori da monitorare deve essere correlata agli obiettivi strategici ed operativi definiti dalla Direzione aziendale e rispondere a criteri di significatività ed aderenza allo specifico contesto aziendale. Per garantire la rilevazione dei trend e consentire confronti omogenei nel tempo, le modalità di rilevazione devono essere mantenute costanti nel tempo.

In tale prospettiva la Direzione aziendale ha individuato tre classi, all'interno delle quali sono stati collocati gli indicatori scelti ai fini del loro monitoraggio e definite le responsabilità e modalità per la loro rilevazione:

- Indicatori manageriali*
- Indicatori di processo*
- Indicatori di outcome*

Il Piano è oggetto di revisione ed aggiornamento almeno una volta l'anno da parte del Comitato Qualità.

8.5 Indicatori manageriali

8.5.1. Finalità

La loro rilevazione rende disponibile un quadro generale dell'andamento della gestione aziendale, con particolare riguardo alla produttività; la loro analisi è finalizzata a supportare le decisioni della Direzione nella definizione e revisione degli obiettivi e nella successiva fase di pianificazione delle attività di produzione ed erogazione dei servizi.

8.5.2. Responsabilità e modalità della rilevazione

La frequenza della rilevazione è trimestrale; i dati sono rilevati a cura del RQ dal sistema gestionale informatizzato e riportati sul documento "*report degli indicatori*" nella sezione "*indicatori manageriali*"; devono essere riportati, ove previsti, gli obiettivi quantificati prestabiliti.

8.5.3. Ordinamento dei dati

Per facilitare l'esame da parte della Direzione i dati potranno essere ordinati anche in grafici (istogrammi, diagrammi, etc...) ed accompagnati da un breve management summary che evidenzia il grado di conseguimento di ciascun obiettivo.

8.5.4. Analisi dei dati

I dati raccolti devono essere oggetto di un primo esame da parte del RQ immediatamente dopo la loro periodica rilevazione; nel caso di significativi scostamenti dagli obiettivi è suo compito informare tempestivamente il Presidente per la predisposizione ed attuazione di idonei interventi; ove opportuno potrà essere indetta una riunione del Comitato Qualità per l'approfondimento delle cause degli scostamenti e l'approvazione delle azioni correttive e/o piani di miglioramento.

L'analisi da parte del Comitato Qualità sarà, comunque, condotta almeno una volta l'anno in sede di riesame del sistema di gestione per la qualità.

8.6 Indicatori di processo

8.6.1 Finalità

La loro rilevazione fornisce l'evidenza dello stato di controllo dei processi aziendali; la loro analisi consente di individuare i punti di forza da consolidare e le aree di debolezza sulle quali intervenire con opportuni piani di miglioramento.

8.6.2 Responsabilità e modalità della rilevazione

La frequenza delle rilevazioni è riportata nel documento MD 6.2.01 *cruscotto degli indicatori*.

I dati sono rilevati dai Responsabili dei processi interessati e trasmessi a RQ; ove opportuno potranno essere contestualmente fornite indicazioni in ordine ad eventuali criticità riscontrate, alle loro cause ed alle azioni che il responsabile della rilevazione ritiene si debbano attuare per il loro superamento.

8.6.3 Ordinamento dei dati

A cura del RQ, i dati trasmessi dai diversi settori aziendali saranno ordinati sul documento *“report degli indicatori”* nella sezione *“indicatori di processo”* sul quale andranno evidenziati gli obiettivi, quando previsti; anche per gli indicatori di processo i dati potranno essere ordinati in grafici (istogrammi, diagrammi, etc...) ed accompagnati da un breve management summary che evidenzia le eventuali aree di criticità e le possibili cause.

8.7 Analisi dei dati

I dati rilevati devono essere oggetto di un primo esame da parte dei responsabili dei processi all'atto della loro rilevazione; nel caso evidenzino criticità in ordine al controllo del processo i responsabili, contestualmente alla trasmissione dei dati, dovranno proporre al RQ, per l'inoltro al Vertice aziendale, gli interventi ritenuti opportuni al fine del loro superamento.

L'analisi completa sarà, comunque, condotta almeno una volta l'anno da parte del Comitato Qualità in sede di riesame del sistema di gestione per la qualità.

8.8 Indicatori di outcome

8.8.1 Finalità

La loro rilevazione fornisce l'evidenza del grado di efficacia delle prestazioni erogate e della loro coerenza con le esigenze ed aspettative dei pazienti; la loro analisi consente alla Direzione di validare protocolli e procedure, procedendo, ove necessario, alla loro revisione.

8.8.2 Responsabilità e modalità della rilevazione

La frequenza delle rilevazioni è riportata nel documento DR.POQ.03 Programma di Raggiungimento degli Obiettivi.

I dati sono rilevati da RQ dal sistema gestionale informatizzato o da altre registrazioni della qualità cartacee.

8.8.3 Ordinamento dei dati

A cura del RQ, i dati saranno riportati sul documento *“report degli indicatori”* nella sezione *“indicatori di outcome”* indicando anche gli obiettivi quantificati prestabiliti.

RQ fornirà indicazioni in ordine ad eventuali scostamenti dagli obiettivi, alle loro cause ed alle azioni che ritiene si debbano attuare per il loro superamento.

 SISIFO <small>CONSORZIO COOPERATIVO SOCIALE</small>	DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE	Codice documento: DR.POQ.01 Emesso 17/09/2017 Rev.01 del 28.11.2021 Rev.02 del 02.02.2023
	PIANO DELLA QUALITA' DELLE CURE DOMICILIARI BASE – I-II-III LIVELLO 2022/2023	

8.9 Tabella del Programma di Raggiungimento Obiettivi (DR.POQ.03 Programma Raggiungimento obiettivi)

Tipologia di Indicatori	Indicatori	Obiettivi	Responsabilità	Tempi di realizzazione	Modalità attuative	Miglioramenti attesi	Strumento di monitoraggio	Verifiche e implementazioni	Monitoraggio
Indicatori manageriali	DR.POQ.03	DR.POQ.03	DR.POQ.03	DR.POQ.03	DR.POQ.03	DR.POQ.03	DR.POQ.03	DR.POQ.03	DR.POQ.03
Indicatori di processo	DR.POQ.03	DR.POQ.03	DR.POQ.03	DR.POQ.03	DR.POQ.03	DR.POQ.03	DR.POQ.03	DR.POQ.03	DR.POQ.03
Indicatori di outcome	DR.POQ.03	DR.POQ.03	DR.POQ.03	DR.POQ.03	DR.POQ.03	DR.POQ.03	DR.POQ.03	DR.POQ.03	DR.POQ.03

8.10 Analisi dei dati

I dati trimestrali dovranno essere oggetto di un primo esame da parte dei medici e della Direzione Sanitaria subito dopo la loro rilevazione.

I dati di fine anno saranno ordinati in grafici (istogrammi, diagrammi, etc...) ed accompagnati da una *relazione sui risultati conseguiti*, elaborata con il supporto della Direzione Operativa, che evidenzia le eventuali aree di criticità, le possibili cause e le azioni di miglioramento proposte per il loro superamento.

8.11 Altra reportistica

Al fine di consentire una analisi approfondita e completa dell'andamento della gestione aziendale, sono prodotti da RQ i seguenti altri report secondo le modalità previste dalle procedure di riferimento:

- a. customer satisfaction
- b. soddisfazione dei dipendenti
- c. reclami di cittadini utenti
- d. non conformità ed azioni correttive
- e. esiti di audit interni ed esterni
- f. attività di formazione svolte nell'anno
- g. segnalazioni Near Misses o Eventi avversi

Inoltre è definita una reportistica mensile sui dati relativi alle forme di assistenza domiciliare quali:

- la presa in carico dell'assistito;
- la valutazione multidimensionale dell'assistito;
- la definizione di un piano/programma/progetto di assistenza individuale;
- la responsabilità clinica in capo al Medico di Medicina Generale (MMG), al Pediatra di libera Scelta (PLS) o al medico competente per la terapia del dolore, purché afferenti al distretto/ASP.

 <p>SISIFO CONSORZIO COOPERATIVE SOCIALI</p>	<p>DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE PIANO DELLA QUALITA' DELLE CURE DOMICILIARI BASE – I-II-III LIVELLO 2022/2023</p>	<p>Codice documento: DR.POQ.01 Emesso 17/09/2017 Rev.01 del 28.11.2021 Rev.02 del 02.02.2023</p>
--	---	--

8.12 MONITORAGGI

- Obiettivo: il Piano deve essere revisionato almeno una volta l'anno da parte del Comitato Qualità
 - Valore Soglia: almeno 1 pianificazione l'anno

8.13 ALLEGATI

- DR.POQ.03 Programma Raggiungimento obiettivi