

Sommario

1.	Andamento dell'organizzazione, politica Qualità, carta dei servizi	2
2.	Cambiamenti nei fattori esterni e interni	2
3.	Informazioni su efficienza ed efficacia dei processi.....	4
3.1.	dati su andamento economico e commerciale.....	4
3.2.	soddisfazione del cliente e informazioni di ritorno dalle parti interessate	6
3.3.	Misura in cui gli obiettivi qualità sono stati raggiunti.....	7
3.4.	qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.....	7
3.5.	gestione disservizi/non conformità, reclami e azioni correttive	8
3.6.	appropriatezza clinica e sicurezza.....	8
3.7.	99	
3.8.	Risultati audit interni e esterni	9
4.	Adeguatezza delle risorse	10
5.	Efficacia dei progetti di miglioramento intrapresi	11
6.	Opportunità di miglioramento	11
7.	Gestione del rischio e delle opportunità	11
8.	Comunicazioni interne ed esterne pertinenti il SGQ.....	16
9.	Piano di miglioramento e obiettivi qualità	17

C.D.A.: Stefano Galeazzi, Marco Galeazzi, Samuele Aquilanti

D.S.: Stefano Galeazzi

Riunione del 02/09/2024

Il Riesame della Direzione riguarda l'analisi e la valutazione di vari dati/documenti del Sistema di Gestione al fine di verificare e assicurare la continua idoneità, adeguatezza ed efficacia, nonché l'allineamento dell'organizzazione agli indirizzi strategici.

Tal riesame si focalizza sulla comunità IL CORTILE, prossima all'accreditamento istituzionale come struttura socio-sanitaria, e prende in considerazione la chiusura dell'anno 2023 ed il primo semestre dell'anno corrente (2024).

Punti da valutare:

- accreditamento struttura socio-sanitaria "il cortile"
- integrazione sistema di gestione con documenti specifici per strutture socio-sanitarie
- corretta applicazione sistema di gestione qualità nella struttura socio-sanitaria "il cortile"
- formazione personale "il cortile"
- aspetti clinici e rischio clinico nella struttura "il cortile"

Elementi di Input

1. Andamento organizzazione, politica qualità, carta dei servizi

In vista dell'accREDITAMENTO istituzionale ai sensi del DGR n. 1572 del 16/12/2019 della comunità "IL CORTILE", la Direzione ha deciso di effettuare una riunione di riesame finalizzata alla verifica della corretta applicazione del sistema di gestione qualità e delle eventuali criticità nonché alla stesura ed approvazione del piano della qualità specifico per la struttura oggetto di accREDITAMENTO.

La comunità IL CORTILE è un'organizzazione con partita IVA indipendente denominata "Il cortile srl" ma completamente gestita da Vivere Verde Onlus tramite contratto di appalto, rientra infatti tra i siti certificati QUALITÀ.

Vista la volontà di accREDITARE la struttura, il sistema di gestione qualità è stato integrato e sviluppato al fine di rispondere in modo più puntuale alle esigenze di una struttura socio-sanitaria e, in particolare, valutare gli aspetti sanitari ed il rischio clinico.

La politica della Qualità è stata aggiornata il 15/01/2024, In questa sede viene riesaminata e si decide di confermarla.

La politica viene divulgata attraverso l'affissione nelle aree principali delle strutture, pubblicata nel sito internet e divulgata al personale tramite incontri formativi.

La Carta dei Servizi della Comunità risulta aggiornata; in questa sede viene riesaminata e riapprovata.

2. Cambiamenti nei fattori esterni e interni

La cooperativa VVO sta progressivamente integrando il sistema di gestione qualità anche dal punto di vista documentale.

La modifica è mirata all'applicazione del sistema anche sugli aspetti "sanitari" delle strutture, ove presenti.

Visto il diretto coinvolgimento della comunità IL CORTILE, l'integrazione sta avvenendo con la collaborazione dei suoi operatori ma si prevedono ulteriori incontri formativi con il personale sia interno alla comunità che esterno.

La procedura per l'emissione e gestione dei documenti di sistema, Q PA 00, è stata revisionata con l'introduzione di documentazione specifica applicabile alle sole strutture "socio-sanitarie" accREDITATE o in fase di accREDITAMENTO in quanto mirata in particolare alla gestione del rischio clinico. Con l'occasione sono state revisionate e, quando necessario, integrate anche le procedure di assunzione e formazione del personale (HR PA 01 e HR PA 04) e di gestione fornitori ed infrastrutture (ACQ PA 01 e MAN PA 01).

Un ulteriore importante cambiamento interno è l'imminente uscita dall'organizzazione dell'attuale coordinatrice della comunità IL CORTILE, Dott. C. Casali. È in fase di valutazione chi prenderà il suo posto.

Se la comunità IL CORTILE riuscirà ad accreditarsi, questo sarà il fattore esterno di cambiamento più significativo, sia dal punto di vista dell'impegno degli operatori e del loro coinvolgimento e sia dal punto di vista economico con un aumento di circa il 14,5% sulla retta attuale per ogni ospite. Al contrario, il mancato accreditamento Istituzionale della struttura IL CORTILE determinerebbe un forte disagio per gli ospiti e per i dipendenti e causerebbe una sostanziosa perdita di fatturato (stimata in circa € 50.000,00 annui).

Il confronto tra direzione e responsabile della comunità è puntuale.

Il sistema di autocontrollo messo in essere nel 2022 dai responsabili delle Comunità per il monitoraggio delle strutture a rotazione, applicato su tutte le strutture compreso IL CORTILE tramite l'utilizzo di una check list dedicata è attivo e funzionante, il controllo viene fatto periodicamente da responsabili delle comunità (almeno 2) nei confronti di un altro responsabile e della sua comunità.

Il G.I.S.S. (gestione informatizzata servizi socio sanitari) è il software utilizzato per il raccoglimento e la gestione delle informazioni riguardanti gli ospiti; al suo interno sono presenti gli ospiti di tutte le comunità (compresa IL CORTILE) cioè dei servizi autorizzati e accreditati e tutti i minori, non sono presenti al momento i progetti a termine (SAI adulti e progetto IN).

È obiettivo della cooperativa quello di implementare l'area individuale del G.I.S.S. che permetterà l'inserimento anche delle cartelle cliniche, ad oggi cartacee, di tutti gli ospiti delle strutture.

3. Informazioni su efficacia e efficienza dei processi

3.1. Dati su andamento economico e commerciale

Di seguito i dati relativi al centro di costo IL CORTILE per gli anni 2023 e 2024 ed il budget previsto per l'anno 2025:

DIURNO SANITARIO "IL CORTILE" - ANNO 2023 - 2024 -

Entrate di competenza		2023	2024	2025
	Ricavi per servizio/convenzione	546.221,20	350.453,00	372.453,00
TOTALE ENTRATE CENTRO DI PRODUZIONE		546.221,20	350.453,00	372.453,00

Uscite di competenza				
Costi gestione sede				
	Affitto	14.400,00	16.800,00	16.800,00
	Servizio Pulizia	3.560,00	3.200,00	3.200,00
	Manutenzione ordinaria	1.883,00	3.820,00	3.820,00
	Utenze/Energia elettrica	990,00	700,00	700,00
	Utenze/Acqua	1.526,00	1.200,00	1.200,00
	Utenze/Rifiuti-Tari	754,00	820,00	820,00
	Utenze/Riscaldamento	2.783,00	2.100,00	2.100,00
	Utenze/Telefono	464,00	400,00	400,00
	Spese varie (mat. Consumo, didattico, ecc.)	2.726,00	2.300,00	2.300,00
	Servizi informatizzati	980,00	1.100,00	1.100,00
	Totale	30.066,00	32.440,00	32.440,00
Costi personale				
	Dipendenti in pianta organica	361.391,00	238.500,00	238.500,00
	Rimborsi km e vettori esterni	2.430,00	1.730,00	1.730,00
	Professionisti/Consulenti/prest.occasionalni	4.955,00	4.200,00	4.200,00
	Totale	368.776,00	244.430,00	244.430,00
Costi gestione automezzi				
	Per carburante	6.120,00	2.024,00	2.024,00
	Per manutenzione/bollo/RCA	21.596,00	12.000,00	12.000,00
	Totale	27.716,00	14.024,00	14.024,00
Costi gestione utenti				
	Generi alimentari	26.133,00	19.682,00	19.682,00
	Prodotti extra/pulizie/igiene/varie	500,00	300,00	300,00
	Spese sanitarie/trasporto/abbigliamento	320,00	350,00	350,00
	Attività educative/culturali ecc.	3.369,00	3.770,00	3.770,00
	Totale	30.322,00	24.102,00	24.102,00
Altri costi				
	Investimenti pluriennali/svalutazioni	0,00	0,00	0,00
	incidenza IRAP	3.638,21	2.402,30	2.402,30
	Spese varie	0,00	0,00	0,00
	Assicurazioni	1.096,00	1.370,00	1.370,00
	Totale	4.734,21	2.402,30	2.402,30
TOTALE USCITE CENTRO DI PRODUZIONE		461.614,21	317.398,30	317.398,30

MARGINE OPERATIVO LORDO	84.606,99	33.054,70	55.055,00
--------------------------------	------------------	------------------	------------------

CONTRIBUZIONE SPESE GENERALI/AMM.NE	-54.622,12	-31.250,00	-31.250,00
--	-------------------	-------------------	-------------------

RISULTATO CON IMPUTAZIONE COSTI INDIRECTI	29.984,87	1.804,70	23.805,00
--	------------------	-----------------	------------------

Nell'anno corrente emerge, in previsione, un sostanziale pareggio tra ricavi e costi sostenuti, differentemente dall'anno precedente. La differenza ha come principali ragione la diminuzione di n. 4 ospiti in struttura (e delle relative rette) rispetto al 2023. I minori incassi del 2024 hanno comportato un minore contributo del centro di costo alle spese generali (costi indiretti e amministrativi).

3.2. Soddisfazione del cliente ed informazioni di ritorno delle parti interessate

Nel corso del 2024 è stata emessa la procedura Q PA 04, che descrive la metodologia utilizzata anche in precedenza dalla cooperativa VVO, e quindi anche presso IL CORTILE, per l'analisi del grado di soddisfazione del cliente inteso come ente pubblico/committente ma anche come ospite e famiglia.

Come riportato nel punto 3.4 infatti all'interno della procedura si fa riferimento alla nuova prassi adottata dalla cooperativa che consiste nel coinvolgimento dei destinatari dei servizi erogati nella valutazione dei servizi stessi, attraverso un questionario soddisfazione ospite Q MOD 06 e la presenza di una "cassetta reclami" presso le strutture socio-sanitarie.

Ad oggi sono stati restituiti n. 15 questionari compilati da parte dei famigliari/ospiti del CORTILE con un risultato medio di 110,4 su un massimo di 120.

Risultato raggiunto I sem 2024	Obiettivo 2025	Azione	Risorse	Tempistiche	Responsabile
110,4	112	Invio questionari in formato digitale, incontri periodici con familiari	Impegno personale di struttura	1 ANNO	R.Q/Coord.

Non si rilevano particolari "malcontenti" e questo permette alla Direzione di valutare efficacemente il sistema di coinvolgimento del paziente e/o dei suoi famigliari/caregiver nel percorso assistenziale, **dandone evidenza anche con gli incontri programmati annualmente tra equipe e famiglie.**

Per quanto riguarda i clienti intesi come committenti/enti pubblici il metodo di valutazione del grado di soddisfazione continua ad essere il questionario creato con lo strumento Google Forms. Il questionario può essere compilato online, l'ultimo invio da parte della sede amministrativa di VVO risale a dicembre 2023. L'invio è stato fatto a 45 clienti (di tutte le strutture/servizi gestiti), e dalle singole comunità ad altri 35 clienti per un totale di 80 (intesi come enti pubblici e assistenti sociali) Google provvede autonomamente all'analisi istantanea dei risultati raccolti.

Risultano ricevuti n. 11 questionari compilati corrispondenti al 13,75%, dai quali emerge una generale soddisfazione degli intervistati.

In base all'esperienza maturata, i clienti che restituiscono il questionario compilato lo fanno generalmente per manifestare soddisfazione, per questo motivo l'obiettivo per il prossimo

	VERBALE DI RIESAME DELLA DIREZIONE	Q MOD 07 ED.01 REV.00 Data 15/05/2024 Pag. 7 di 21
---	---	---

periodo sarà quello di sollecitare la restituzione di un numero superiore di questionari allo scopo di valutare il grado di soddisfazione su un bacino di clienti più ampio nella speranza di ricevere un feedback più verosimile ma in ogni caso positivo.

Questionari restituiti 2024	Obiettivo 2025	Azione	Risorse	Tempistiche	Responsabile
13,75%	20%	Invio questionari almeno 3 volte in un anno sollecitando la restituzione	Impegno personale amministrativo	1 ANNO	R.Q/R. Amm.

3.3. Misura in cui gli obiettivi qualità sono stati raggiunti

Per il monitoraggio delle strutture socio-sanitarie sono stati predisposti indicatori specifici. Essendo stati introdotti nuovi indicatori non è possibile fare un'analisi dell'andamento dei dati in riferimento ai periodi precedenti, si procederà dunque in questa sede ad analizzare i risultati per il primo semestre del 2024 e prevedere nuovi obiettivi per il secondo semestre. In riferimento alla cooperativa VVO gli obiettivi prefissati sono stati valutati nel corso del riesame della direzione di dicembre 2023 e risultano sommariamente raggiunti ed in parte anche superati.

Sulla base dei risultati raggiunti sono stati prefissati coerentemente nuovi obiettivi che si riportano nel punto 9 del presente verbale, accompagnati dal relativo piano per raggiungerli.

3.4. Qualità dei servizi e prestazioni sanitarie e socio-sanitarie

La valutazione all'interno del Centro viene svolta attraverso discussioni dei casi clinico-assistenziali e ove opportuno l'impiego di strumenti scientificamente riconosciuti quali aderenza alle linee guida di riferimento. Queste attività di valutazione viene estesa a tutti i processi della Struttura sia di tipo manageriale che clinici/assistenziali in riferimento a standard prestazionali definiti e attraverso l'utilizzo di opportuni indicatori (volumi, appropriatezza, esiti..) definiti all'interno del documento Q ORG 05 e calcolati nel documento Q TAB 01 dove vengono riportati il valore atteso, il responsabile al suo raggiungimento, il periodo in cui raggiungerlo/monitorarlo e l'azione da eseguire per raggiungerlo (dati riportati in riesame).

Nel centro l'appropriatezza clinica e la sicurezza è garantita dalla professionalità delle figure sanitarie coinvolte nel percorso dell'utente e dall'utilizzo di scale riconosciute sia per la valutazione all'ingresso che durante il percorso terapeutico-riabilitativo.

Il D.S. ha provveduto ad effettuare AUDIT interni di tipo clinico, per i quali è stato predisposto il documento SAN MOD 02 , in data 05/06/2024.

Altresì per l'anno 2025 si prevede un nuovo Audit da parte del Direttore sanitario con lo scopo di migliorare la qualità dei servizi sanitari applicata dai professionisti attraverso il confronto

sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte.

Un'ulteriore novità rispetto al passato mirata al miglioramento della cura degli ospiti e delle loro famiglie è la predisposizione di un questionario di soddisfazione a loro rivolto e la possibilità, attraverso una cassetta presente in comunità, di inoltrare reclami o suggerimenti.

Per quanto riguarda la segnalazione di eventi sentinella/avversi, sono stati predisposti documenti di sistema specifici che verranno, all'occorrenza comunicati tramite flusso SIMES (al momento la cooperativa è ancora impegnata nell'ottenere le credenziali di accesso al sistema).

La sorveglianza degli eventi avversi è fondamentale nella Struttura perché consente di individuare eventuali lacune presenti nell'organizzazione ed adottare le adeguate azioni di miglioramento al fine di eliminare i fattori di rischio responsabili o, almeno, di ridurre la frequenza. Il sistema Incident Reporting consente la gestione delle segnalazioni come indicato nella procedura predisposta.

Si registra, a tal proposito, un solo evento registrato in data 08/06/2024 e correttamente gestito.

3.5. Gestione disservizi, non conformità, reclami e azioni correttive

Per la gestione di disservizi, non conformità e reclami, e delle conseguenti azioni correttive la cooperativa ha predisposto una specifica procedura applicata anche all'interno della comunità IL CORTILE.

Non sono stati registrati disservizi e non conformità nel 2024 fino ad oggi, così come non sono stati rilevati reclami scritti significativi da parte degli utenti e delle famiglie degli utenti.

Il dialogo con gli utenti è alla base del rapporto di fiducia fra utente e struttura, rapporto che si sviluppa dando importanza alle idee, ai suggerimenti, ai giudizi e soprattutto alle lamentele degli utenti e raccogliendo così informazioni preziose su come vengono percepiti i servizi e l'organizzazione.

La comunità è soddisfatta in quanto i feedback ricevuti dal personale quotidianamente dall'utente/paziente risultano positivi, pertanto ad oggi la Comunità decide di non intervenire con azioni di miglioramento.

3.6. Appropriatelyzza clinica e sicurezza

La cooperativa, oltre ad aver previsto un documento di valutazione dei rischi ed un piano di evacuazione aggiornato per la comunità IL CORTILE, ha descritto come attuare la gestione del rischio integrato della comunità nel documento PAGR (PIANO INTEGRATO DELLA GESTIONE DEL RISCHIO).

Per la verifica dell'efficacia/appropriatelyzza delle cure e delle terapie ci atteniamo a quanto stabilito dal Direttore Sanitario e dal responsabile dell'Equipe multidisciplinare.

In relazione ai dati forniti ad oggi la cooperativa può ritenersi soddisfatta.

In merito alla valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni cliniche erogate sono state adottate le procedure per la gestione dei rischi clinici, strumento utile ad analizzare gli eventi avversi, i near miss, gli eventi sentinella.

Per quanto riguarda l'analisi dei processi organizzativi, tecnico-professionali e tecnologici, valutata con il metodo FMEA, i risultati attesi sono riscontrabili nei documenti:

- TABELLA RISCHI-OPPORTUNITÀ (successivamente riportata accompagnata dal piano di miglioramento previsto)
- file excel FMEA

Sono state svolte dal Direttore Sanitario e dall'equipe sanitaria, analisi con il metodo FMEA su rischi clinici specifici (scala conley e rischio cadute) che hanno permesso di adottare misure preventive di contenimento del rischio per il futuro.

Queste verranno mantenute negli anni a venire e nel 2025 verrà sviluppata una nuova FMEA sul rischio clinico.

L'obiettivo principale della gestione del Rischio clinico, è aumentare la sicurezza delle cure erogate ai pazienti partendo dal miglioramento continuo della pratica clinica.

Tutte le iniziative di Risk management promosse dal Cortile tendono ad arginare la possibilità del verificarsi degli eventi avversi, come riportato nel PAGR (metodo utilizzato per la analisi e la attuazione della gestione del rischio integrato ambientale, occupazionale e clinico – DS/RSPP).

Qui sono stati individuati i rischi integrati tra i tre livelli e analizzati per la produzione di obiettivi per il triennio (2023-26). Attualmente gli obiettivi individuati sono in parte raggiunti ed in parte si è avviato un percorso per raggiungerli.

3.7. Prestazioni dei fornitori esterni e dei prodotti servizi interni

La cooperativa è soddisfatta della propria catena di fornitura.

L'elenco dei fornitori approvati è costantemente aggiornato, come previsto tutti i fornitori "Critici" sono stati rivalutati, la loro valutazione è verbalizzata nel documento MD 26 "Monitoraggio fornitore". L'ufficio acquisti sta provvedendo al rinvio del questionario informativo a tutti i fornitori critici.

Nel corso del 2023 i contratti con i fornitori sono stati rivisti ed aggiornati.

Non sono state rilevate NC.

3.8. Risultati audit interni ed esterni

In vista dell'accreditamento della comunità IL CORTILE sono stati effettuati AUDIT interni mirati, sia in riferimento alla qualità (08/08/2024) che in riferimento al rischio clinico (in data 05/06/2024).

Gli audit hanno interessato tutte le aree/processi compreso il sistema informativo.

Gli audit qualità sono stati condotti dal Consulente per la qualità e quelli clinici dal DS.

	VERBALE DI RIESAME DELLA DIREZIONE	Q MOD 07 ED.01 REV.00 Data 15/05/2024 Pag. 10 di 21
---	---	--

I risultati di entrambi gli Audit sono soddisfacenti e sono in dettaglio riportati nei “rapporti di audit”.

Si evidenzia che non si sono riscontrate NC.

4. Adeguatezza delle risorse

Le strutture vengono periodicamente monitorate dagli stessi responsabili anche grazie alla predisposizione di una check list dedicata ed utilizzata a rotazione.

Qualsiasi problematica di natura infrastrutturale viene gestita tempestivamente; al fine di migliorare tale tempestività è stata revisionata la procedura dedicata “MAN PA 01 Gestione e segnalazione manutenzione”.

È stato predisposto un “Piano di manutenzioni obbligatorie” destinato al monitoraggio delle verifiche periodiche previste per la comunità Il Cortile, compresi gli automezzi a disposizione della stessa. L’obiettivo entro fine 2024 è applicare lo stesso metodo su tutte le strutture gestite da VVO.

Il personale risulta formato ed informato sia in riferimento alle normative su sicurezza ed igiene alimentare (D.Lgs 81/2008/Accordo Stato Regione del 21/12/2011 e smi/HACCP) sia in riferimento al sistema di gestione qualità.

Puntuale anche la formazione specifica in relazione alle attività svolte all’interno delle comunità. L’efficacia della formazione erogata è verificata con la somministrazione di test alla fine di ogni corso e successivamente con cadenza semestrale, come previsto dalla procedura di riferimento.

Ad oggi il personale interno è costituito da N° 12 risorse più 1 Direttore Sanitario. Il turn over del personale è monitorato da indicatore specifico.

Le risorse umane in termini di personale e collaboratori risultano adeguate per l’attuazione dei processi di riferimento sia in termini di numero che di competenza. La Struttura reputa il suo personale qualificato per le rispettive responsabilità e mansioni assegnate.

La Direzione considera molto importante che il personale del CORTILE e delle strutture socio-sanitarie in generale, sia formato:

- sul Rischio clinico (procedure predisposte, FMEA svolte e PAGR);
- sui processi del SG qualità e soprattutto sui processi che lo coinvolgono in prima persona in modo che sia costantemente consapevole della politica, di pertinenti obiettivi per la qualità, del proprio contributo all’efficacia del sistema di gestione, compresi i benefici derivanti dal miglioramento delle prestazioni e delle implicazioni derivanti dal non essere conformi ai requisiti del sistema di gestione.

Il piano di Formazione per l’anno 2024 è stato redatto e approvato nel corso del precedente riesame della direzione (dicembre 2023).

La presenza media degli operatori del CORTILE ai corsi di formazione svolti fino ad oggi nel 2024 è del 81%, la media delle risposte esatte ottenute dai questionari somministrati nei corsi di formazione è del 88%.

L'obiettivo formativo ad oggi è rispettato ed è soddisfacente.

Il piano di formazione sarà predisposto per l'anno 2025 in occasione del riesame di fine 2024.

Si conferma che le retribuzioni e le tredicesime mensilità sono state erogate con regolarità ai dipendenti e le visite mediche vengono effettuate con regolarità in conformità alla vigente normativa.

In questa sede vengono riesaminate le responsabilità e il sistema di delega, svolto annualmente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni svolte verificando il permanere delle competenze, qualifiche e abilità. Sulla base della realtà della Struttura IL CORTILE si confermano le responsabilità e le deleghe in essere definite negli appositi incarichi.

Per quanto riguarda, gli altri livelli dell'organigramma, il CDA ha confermato la Direzione Sanitaria alla Dott. Stefano Galeazzi che si avvale della collaborazione di professionisti le cui professionalità interagiscono per la risoluzione delle problematiche sanitarie in modo integrato e ad oggi in modo efficace.

Si confermano inoltre i responsabili e i ruoli definiti nel mansionario e nelle matrici di responsabilità.

5. Efficacia dei progetti di miglioramento intrapresi

L'efficacia delle azioni di miglioramento intraprese prettamente in riferimento alla comunità IL CORTILE, o più in generale alle strutture socio-sanitarie, sarà evidente a partire dal prossimo anno essendo state predisposte metodologie di analisi e monitoraggio mirate.

La cooperativa nel suo complesso ha intrapreso un evidente percorso migliorativo di revisione del sistema di gestione, anche dal punto di vista documentale e ne ha pianificato efficacemente la condivisione (SGQ su GISS).

6. Opportunità di miglioramento

Le opportunità di miglioramento sono ancora analizzate e gestite attraverso il file Excel "Gestione dei rischi ed opportunità" (si rimanda al punto 7) nonché con azioni intraprese a seguito di evidenze e raccomandazioni emerse in sede di Audit o nel corso dell'attività della cooperativa, e con gli obiettivi prefissati all'interno della tabella degli indicatori.

7. Gestione del rischio e delle Opportunità

L'organizzazione intraprende costantemente una serie di azioni evidenti mirate al miglioramento continuo attraverso la "Valutazione dei rischi e delle opportunità". Per le strutture socio-sanitarie è stato predisposto un documento di valutazione rischi/opportunità indipendente (Q TAB 04) da

 <p>V I V E R E V E R D E O N L U S Cooperativa Sociale</p>	VERBALE DI RIESAME DELLA DIREZIONE	Q MOD 07 ED.01 REV.00 Data 15/05/2024 Pag. 12 di 21
--	---	--

quello utilizzato per gli altri servizi, allineato ai criteri del manuale operativo di accreditamento (DGR n. 1572 del 16/12/2019).

I rischi e le opportunità valutati per IL CORTILE nel 2024 sono:

data ultimo aggiornamento: 25/08/2024

PROCESSO/RQ	CONTESTO	C	FIGURE COINVOLTE	DESCRIZIONE R/O	RISCHI- OPPORTUNITA'					AZIONE	FIGURE COINVOLTE	PROBABILITA'	IMPATTO	IPR
					RISCHIO	OPPORTUNITA'	PROBABILITA'	IMPATTO	IPR					
1,1	QUALITA'	I	R.Q.	condivisione puntuale documenti di sistema, obiettivi, budget con personale	X		3	2	6	produzione e condivisione documentazione durante riunione equipe (VERBALE)	r.q.	2	3	6
1,2	CONTESTO			GESTIONE EMERGENZE	X		4	3	12	CREAZIONE DI UN PIANO DI EMERGENZA E PROCEDURA EMERGENZA	PR.	2	4	8
1,3	QUALITA'		R.Q.	GESTIONE CAMBIAMENTO NELL'organizzazione	X		3	3	9	valutazione periodica rischi/opp e audit annuale	R.Q.	2	3	6
1,4	CONTESTO	R.AVI	R.VIVO	adempimenti per prescrizioni regionali	X		3	4	12	PRODUZIONE DEL FILE R NON APPENA accreditati	r.ammvo	1	4	4
1,5	COMUNICAZIONE		R.Q.	miglioramento della comunicazione e condivisione obiettivi		X	2	2	4	condivisione del verbale di riesame e piano di miglioramento tramite giss e cloud	R.Q.	3	2	6
1,6	VALUTAZIONE GRADIMENTO		r.ammvo	velocizzare la ricezione del questionario	X		2	2	4	fare questionari clienti su google forms una volta all'anno	r.ammvo	3	2	6
2,1	COMUNICAZIONE		r.q.	TRADUZIONE MATERIALE INFORMATICO	X		2	1	2	tradurre guida ai servizi in inglese	r.q.	3	1	3
2,2	EROG. SERV.		r.ammvo	gestione cartella clinica	X		3	4	12	digitalizzare le presenze degli ospiti su giss	r.ammvo	1	4	4
2,3	EROG. SERV.			maggiore condivisione tra servizi e centro diurno					0	relazioni di aggiornamento inviate ogni anno per ogni ospite				0
2,4	COMUNICAZIONE		DS/RQ	diva comunicazione resport au	X		3	4	12	condivisione dei report di audit in sede riunioni equipe	DS/RQ	2	4	8
2,5	RISCHIO CLINICO	I	DS	MIGLIORE GESTIONE DELLA DOC. SANITARIA		X	2	4	8	predisposizione di procedura per la gestione della cartella clinica digitalizzata	DS/RQ	3	4	12
3,1	SICUREZZA		resp. ris. umane	migliorare le competenze in ambito sanitario e di rianimazione		X	2	4	8	tutti i dipendenti formati al BLS	resp. ris. umane	3	4	12
3,2	RISCHIO AMBIENTALE		R.Q.	mancata valutazione rischi ambientali	X		3	4	12	predisposizione di MAN TAB 01 per la verifica periodica caldaia e condizionatore, predisposizione procedure specifiche (integrazione DVR con schede sicurezza prodotti)	r.q./rapp	2	4	8
4,1	PERSONALE		R. PERS.	migliorare la pertinenza formativa		X	1	2	2	nel questionario aggiunto specchietto per consigli su formazione	r. pers.	2	2	4
4,2	PERSONALE		r.q.	migliorare la verifica dell'efficacia della formazione		X	1	3	3	predisposizione questionari specifici rischio clinico	r.q.	2	3	6
5,1	COMUNICAZIONE		r.ammvo	riduzione tempo per avere info.	X		2	3	6	presenze ospiti caricate da operatori e inviate in sede per fatturazione	r.ammvo	3	3	9
5,2	COMUNICAZIONE		RISUMARE	benessere operatori	X		1	3	3	Predisposizione di un questionario di soddisf. Operatori	r.ammvo	2	3	6
5,3	COMUNICAZIONE		RISUMARE	benessere ospiti	X		1	3	3	Predisposizione di un questionario di soddisf. Ospiti	r.ammvo	2	3	6
5,4	COMUNICAZIONE		d.s.	benessere coinvolgimento famiglie	X		2	3	6	riunioni di equipe	d.s.	3	3	9
5,5	COMUNICAZIONE		R.FORMAZ	MIGLIORARE LA PRESA IN CARICO OSPITI		X	2	4	8	ALMENO 10 H FORMAZIONE SPECIFICA ABA E BAD NEWS CONSUELING	R.FORMAZ	3	4	12
6,1	RISCHIO CLINICO		DS	personale non abbastanza informato sul rischio clinico	X		3	4	12	Produzione di moduli SEA e Incident reporting e formazione di equipe	DS	2	4	8
6,2	RISCHIO INTEGRATO		D.S.	eventi derivanti dalla mancata valutazione del rischio integrato	X		3	4	12	PRODUZIONE DEL PAGR e condivisione in equipe	ds	2	4	8
6,3	RISCHIO CLINICO		d.s.	migliorare la definizione delle responsabilità	X		2	3	6	procedura incidente reporting aggiungere paragrafo sulla comunicazione	d.s.	3	3	9
6,4	RISCHIO CLINICO		d.s.	condivisione di risultati del pagr con familiari e ospiti	X		2	3	6	amministrazione questionari	r.q.	3	3	9
7,1	INNOVAZIONE		R.Q.	CONDIVISIONE MONITORAGGIO DATI E OBIETTIVI RAGGIUNTI	X		2	3	6	CONDIVISIONE DEL RIESAME SU CLOUD E GISS	R.Q.	3	3	9
7,2	INNOVAZIONE		R.Q.	INNOVAZIONE IN TERMINI DI EROGAZIONE SERVIZIO	X		1	2	2	valutazione tecnologie utili al servizio	R.Q.	2	2	4
7,3	INNOVAZIONE		R.Q.	INNOVAZIONE IN TERMINI DI EROGAZIONE SERVIZIO	X		1	2	2	PERDISPOSIZIONE MODULO CON SUGGERIMENTI TECNOLOGICI	R.Q.	2	2	4
8,1	UMANIZZAZIONE		R.FORMAZ	MIGLIORARE LA PRESA IN CARICO OSPITI	X		2	4	8	ALMENO 10 H FORMAZIONE SPECIFICA ABA E BAD NEWS CONSUELING	R.FORMAZ	3	4	12



VERBALE DI RIESAME DELLA DIREZIONE

Q MOD 07
ED.01
REV.00
Data 15/05/2024
Pag. 14 di 21



VERBALE DI RIESAME DELLA DIREZIONE

Q MOD 07
ED.01
REV.00
Data 15/05/2024
Pag. 15 di 21

Di seguito di riporta il PIANO DI MIGLIORAMENTO, per l'approvazione:

PIANO DI MIGLIORAMENTO/STRATEGICO			
PIANO DI MIGLIORAMENTO	Quali risorse sono richieste	Data prevista per il raggiungimento	Come verrà valutato il risultato
caricamento in Giss dei documenti (nella loro versione aggiornata) e verbale riesame	R.AMMVO	12/12/2024	VERIFICA IN FASE DI RIESAME DELLA PRESENZA DEI DOC. SU GISS.
PROVA DI EVACUAZIONE ANNUALE	COSTO 4 H RSPP	13/12/2024	PROVA EFFETTUATA
prevedere un audit aggiuntivo nel corso dell'anno di riferimento	5 H R.Q.	30/12/2025	verifica audit in sede di riesame
implementazione file r in giss	r.ammvo	31/12/2025	verifica in fase di comunicazione
INSERIRE NEL SITO il riesame e piano miglioramenti	4 H R.Q.	31/12/2025	verifica audit in sede di riesame
possibilità di mettere su sito qr code per scaricare questionari liberamente in qualsiasi momento	1 H r.ammvo	31/12/2025	verifica audit in sede di riesame
traduzione della guida in arabo e condivisione con i dipendenti	6 H r.q.	31/12/2025	presenza materiale guida
digitalizzare 50% le cartelle cliniche degli ospiti su giss	15 H r.ammvo	31/12/2025	verifica in fase di riesame
relazione di aggiornamento inviate ogni 6 mesi	30 H coord	31/12/2025	verifica in fase di riesame
REPORT SU GISS entro 15 gg	r.q.	31/12/2025	verifica in fase di riesame
cartella clinica su GISS	10 H ds	31/12/2026	audit rischio clinico
IN CASO DI TURN OVER MANTENERE ALMENO L'80% DEI DIP FORMATI	R.AMMVO	31/12/2025	verifica in fase di riesame
implementazione di check list per prescrizione ed adempimenti applicabili AMBIENTE	10 H RSPP/R.Q.	31/12/2025	verifica in fase di riesame
utilizzare tavolo di coordinamento per programmazione puntuale per il proprio centro	r.formaz.	31/12/2024	in sede di riesame
questionari informatizzati	2 H r.q.	31/12/2025	in sede di riesame
inserire i turni degli operatori su spazio condiviso cloud	r.ammvo	31/12/2024	presenza documenti
possibilità di inserire indicatori specifici per monitorare la soddisfazione del personale	r.q.	31/12/2025	in sede di riesame
Invio del questionario di soddisfazione via mail	2 H r.q.	31/12/2025	in sede di riesame
almeno una riunione all'anno con la direzione interna per condividere politica e per coinvolgimento pazienti	6 H d.s.	31/12/2025	in sede di riesame
ALMENO 15 H FORMAZIONE SPECIFICA ABA E BAD NEWS CONSUELING	5 H IN PIÙ FORMATOR E ABA	31/12/2025	in sede di riesame
trasformare le schede sea e documenti origine esternain digitale su GISS	d.s.	31/12/2025	presenza materiale su GISS
CONDIVISIONE DU GISS DEL PAGR	d.s.	31/12/2026	presenza materiale su GISS
produzione di una FMEA	10 H d.s.	31/12/2024	presenza documento
PAGR SUL SITO	RESP COUM.	31/12/2025	presenza documento
INSERIMENTO SCHEDE RIESAME SU BILANCIO SOCIALE	R.Q.	31/12/2025	presenza documento
Inserimento di file Siar su Giss	r.ammvo	31/12/2025	presenza documento
PERDISPOSIZIONE MODULO CON SUGGERIMENTI TECNOLOGICI	r.ammvo	31/12/2025	presenza documento
ALMENO 15 H FORMAZIONE SPECIFICA ABA E BAD NEWS CONSUELING	R.FORMAZ.	31/12/2025	in sede di riesame

8. Comunicazioni interne ed esterne pertinenti il SGQ

La cooperativa ha predisposto il documento Q ORG 03 per esplicitare:

1. Cosa vuole comunicare;
2. Con chi comunicare;
3. Come comunicare;
4. Quando comunicare;
5. Responsabilità.

Il documento stabilisce tali elementi in ordine alla comunicazione interna ed esterna, fatto salvo rinviare alle singole procedure per quanto pertinente ai processi da queste regolati e alle loro interazioni.

Si riepiloga di seguito il metodo di comunicazione interno ed esterno, al fine della sua conferma ed approvazione anche per l'anno 2024-2025:

OGGETTO	DESTINATARI	MODALITA'	PERIODICITA'
Politica	Tutto il personale Stake holders	Affissione in bacheca Sito internet aziendale	In caso di revisione
Organigramma	Tutto il personale	Affissione in bacheca	In caso di revisione
Organigramma IL CORTILE	Personale IL CORTILE	Affissione in bacheca	In caso di revisione
Riesame della direzione e risultati conseguiti a fronte degli obiettivi e nuovi obiettivi	Responsabili dei processi	Disponibilità copia verbale di riesame della direzione su gestionale (GISS/CLOUD)	Annuale
non conformità operative/reclami del cliente riscontrati	Personale coinvolto	Comunicazione verbale al personale del settore direttamente coinvolto	Entro una settimana dal rilievo/reclamo
Risultati valutazione soddisfazione clienti	Responsabili di area	Comunicazione verbale durante riunione	Annuale
Esiti degli audit dell'organismo di certificazione ed interni	Responsabili di area	Comunicazione verbale durante riunione	A seguito di Audit
Presentazione aziendale	Clienti	Sito internet aziendale	In caso di revisione
Aggiornamenti in ambito di salute e sicurezza sul lavoro	RSPP, RLS, medico competente	Riunione periodica salute e sicurezza (art. 35 D.lgs 81/08)	Annuale Straordinaria su richiesta di RSPP, RLS, medico competente
Carta dei servizi e guida (in tutte le lingue disponibili)	Utenti, clienti	Sito internet aziendale, invio tramite email	In caso di revisione
Presenze mensili ospiti (strutture socio-sanitarie)	Regione Marche	Flusso FILE R	Mensile
PEI (ospiti strutture socio-sanitarie)	Regione Marche	Flusso SIAR	Trimestrale
Evento sentinella	Regione Marche	Flusso SIMES	Al verificarsi dell'evento

Elementi di Output

9. Piano di miglioramento e obiettivi qualità

Nel complesso il CDA ribadisce con soddisfazione che il Sistema di Gestione è in linea con i con i requisiti del DGR n. 1572/2019 e con i punti della Norma ISO 9001:2015 in esso richiamati.

Lo stato del Sistema di Gestione appare adeguato agli obiettivi prefissati dimostrando una più che buona applicazione relativamente alla gestione dei singoli processi che, in ottica di miglioramento, sono stati aggiornati secondo quanto scaturito dall'analisi dei rischi di processo e dalla valutazione del contesto interno ed esterno e delle parti interessate.

Vista l'importanza ai fini del miglioramento dei processi e quindi della soddisfazione dell'utente è necessaria sempre la giusta rilevazione e documentazione dei reclami e delle non conformità riscontrate nei servizi erogati, andando sempre ad analizzare le cause che hanno portato a tali rilevazioni.

I responsabili, ormai, risultano autonomi nella gestione e nella continua verifica e miglioramento dell'applicazione del Sistema Qualità implementato.

Il lavoro di digitalizzazione su GISS del materiale formativo e del sistema di gestione e di tutti i documenti necessari al dipendente (dal rischio clinico alla busta paga) è giunto quasi a termine, si conviene nel proseguire con tale pianificazione.

Anche le riunioni di equipe della comunità IL CORTILE hanno prodotto migliori risultati percepiti sia dagli ospiti che dagli operatori. Nei confronti avuti tra direzione e dipendenti si sono evidenziate riflessioni positive proprio sulla migliore comunicazione e ascolto in generale tra lo staff.

APPROVAZIONE PIANO DELLA QUALITÀ 2024/2025:

Sono stati determinati obiettivi individuando per ogni obiettivo indicatori di riferimento, valore richiesto, responsabile al suo raggiungimento, periodo in cui raggiungerlo/monitorarlo e l'azione da eseguire per raggiungerlo.

Si riportano di seguito i PIANI per l'approvazione.

Indicatori rischio clinico:

N.	RISCHIO CLINICO	Indicatore (formula)	SCOPO	METODOLOGIA	Periodicità	Responsabile rilevazione
1	CADUTE	N. pazienti caduti/n. Schede conley con basso rischio tra pazienti caduti	Valutazione efficacia scala utilizzata	Rilevazione	annuale	DS
2	ICA	N. infortuni ICA / n. infortuni totali	Riduzione n. incidenti correlati a ICA	Rilevazione su registro infortuni e incidente reporting	Annuale	DS
3	LESIONI DA DECUPIPO	N. pazienti con lesioni/n. Schede braden con basso rischio (punteggio 6 – 12) tra quelli con lesioni	Valutazione efficacia scala utilizzata	Rilevazione	Annuale	DS
4	Antisettici e disinfettanti	N. dipendenti formati / n. dipendenti struttura	Formazione personale	Registri formazione	Annuale	DS
5	Emergenza / Emergenza sanitaria	N. dipendenti formati / n. dipendenti struttura	Formazione personale	Registri formazione	Annuale	DS
7	INCIDENT REPORTING	N. eventi trattati / n. eventi accaduti	Corretta gestione eventi	Rilevazione in archivio	Annuale	DS
8	FMEA	N. pazienti / n. schede Conley	Tutela ospiti	Conteggio	Annuale	DS
9	FMEA	n. cadute causate da pavimento bagnato / n. cadute totale	Tutela ospiti, riduzione rischio cadute	Conteggio	Annuale	DS

I risultati conseguiti per il primo semestre dell'anno 2024 sono:

	Consuntivo I SEM. 2024	Targhet (valore atteso) I SEM 2024	Δ	Obiettivi II SEM 2024
1	0	< 5%	5%	< 2%
2	0	< 1%	1%	< 1%
3	0	< 2%	2%	< 1%
4	83%	≥80%	3%	≥85%
5	83%	≥80%	3%	≥85%
7	1	< 2	1	< 1
8	100%	≥85%	15%	≥100%
9	0	< 2	2	< 0

Piano della qualità per il secondo semestre dell'anno 2024:

Obiettivi II SEM 2024	AZIONE	RISORSE	RESPONSABILE	TEMPISTICA
< 2%	corretta applicazione della scala di riferimento, compilazione quadrimestrale della scheda	Impegno operatori di struttura	DS	1 ANNO
< 1%	corretta applicazione delle procedure, utilizzo DPI in caso di ospiti con sintomi influenzali	Impegno operatori di struttura	DS	1 ANNO
< 1%	corretta applicazione della scala di riferimento, compilazione quadrimestrale della scheda	Impegno operatori di struttura	DS	1 ANNO
≥85%	Organizzazione corsi mirati (almeno 1/anno)	Impegno operatori di struttura e coordinatore	DS	1 ANNO
≥85%	Organizzazione corsi mirati (almeno 1/anno)	Impegno operatori di struttura e coordinatore	DS	1 ANNO
< 1	Corretta condivisione e formazione procedura di riferimento (almeno 1 incontro mirato all'anno)	Impegno operatori di struttura e coordinatore	DS	1 ANNO
≥100%	Corretta condivisione e formazione procedura di riferimento (almeno 1 incontro mirato all'anno)	Impegno operatori di struttura e coordinatore	DS	1 ANNO
< 0	lavaggio dei pavimenti stanza per stanza, divieto di accesso delle stanze (chiusura porta) fino ad asciugatura	Impegno operatori di struttura	DS	1 ANNO

INDICATORI QUALITÀ:

N.	PROCESSO	Indicatore (formula)	SCOPO	METODOLOGIA	Periodicità	Responsabile rilevazione
10	PROGETTAZIONE	Num PRI / num Ospiti	Verifica presenza piano personalizzato per ogni ospite	Rilevazione su cartelle cliniche	annuale	RSGQ
11	GESTIONE PERSONALE	Num. contratti terminati/ numero contratti (dipendenti STRUTTURA)	Monitoraggio turn over personale	Rilevazione da consulente del lavoro / ufficio HR	Annuale	RSGQ/uff. HR
12	GESTIONE PERSONALE	Num. contratti tempo ind./ numero contratti (dipendenti STRUTTURA)	Stabilizzazione personale	Rilevazione da consulente del lavoro / ufficio HR	Annuale	RSGQ/uff. HR
13	GESTIONE PERSONALE	Num. non conformità del personale	Eliminare NC	Conteggio	Annuale	RSGQ
14	RISORSE FINANZIARIE	Fatturato tot/costi tot	Incremento indice di redditività	Rilevazione dati contabili	Annuale	RSGQ/uff. acquisti
15	ACQUISTI	Costi bancari anno precedente/costi bancari su anno corrente	Riduzione costi bancari	Rilevazione dati contabili	Annuale	RSGQ/uff. acquisti
16	SICUREZZA	Numero infortune dip/	Riduzione numero infortuni	Verifica consulente lavoro	Annuale	RSGQ

I risultati conseguiti per il primo semestre dell'anno 2024 sono:

	Consuntivo I SEM. 2024	Targhet (valore atteso) I SEM 2024	Δ	Obiettivi II SEM 2024
10	100%	≥90%	10%	≥100%
11	4	< 2	2	< 2
12	100%	90%	10%	95%
13	0	< 1	1	< 1
14	-15%	≥5%	20%	≥4%
15	-2%	≥2%	4%	≥3%
16	1	< 2	1	< 1

Piano della qualità per il secondo semestre dell'anno 2024:

Obiettivi II SEM 2024	AZIONE	RISORSE	RESPONSABILE	TEMPISTICA
≥100%	Corretta condivisione e formazione procedura di riferimento (almeno 1 incontro mirato all'anno)	Impegno operatori di struttura e coordinatore	R.Q.	1 ANNO
< 2	Limitazione del numero dei contratti a tempo determinato (non oltre 1/5 del personale)	Ufficio risorse umane	R. AMM.	1 ANNO
95%	Limitazione del numero dei contratti a tempo determinato (non oltre 1/5 del personale)	Ufficio risorse umane	R. AMM.	1 ANNO
< 1	Corretta condivisione e formazione sulle procedure (compresa quella sulle NC) ottimizzazione della collaborazione e del clima aziendale	Impegno operatori di struttura e coordinatore	R.Q.	1 ANNO
≥4%	accreditamento istituzionale, ottimizzazione dei costi	€25.000,00 ca (vedi budget)	RQ/Uff. Acq.	1 ANNO
≥3%	ottimizzazione e dei costi, valutazione di prodotti finanziari più vantaggiosi	Impegno uff. Acq e amm.vo	RQ/Uff. Acq.	1 ANNO
< 1	Riduzione utilizzo auto aziendali, esternalizzazione servizi di trasporto	/	R.Q.	1 ANNO

INDICATORI PAGR:

N.	PROCESSO	Indicatore (formula)	SCOPO	METODOLOGIA	Periodicità	Responsabile rilevazione
17	SICUREZZA STRESS LAVORO CORRELATO	n. corsi formazione specifici	RIDUZIONE BURN OUT	Registro/verbale formazione	annuale	RSGQ

i risultati conseguiti per il primo semestre dell'anno 2024 sono:

	Consuntivo I SEM. 2024	Targhet (valore atteso) I SEM 2024	Δ	Obiettivi II SEM 2024
17	1	≥ 1	0	≥ 1

Piano della qualità per il secondo semestre dell'anno 2024:

Obiettivi II SEM 2024	AZIONE	RISORSE	RESPONSABILE	TEMPISTICA
≥ 1	Almeno una formazione specifica ogni anno	impegno docente (e costo)	R.Q.	1 ANNO

Il prossimo Riesame è previsto per Dicembre 2024.

Senigallia, 02 settembre 2024

Stefano Galeazzi

Marco Galeazzi

Samuele Aquilanti