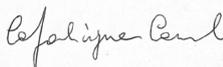


I N D I C E

1.	SCOPO.....	2
2.	RIFERIMENTI.....	2
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE	2
4.	LISTA DI DISTRIBUZIONE / ACRONIMI	2
5.	ATTIVITA' E RESPONSABILITA'	2
6.	COMUNICAZIONE INTERNA	3
6.1.	DOCUMENTAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE.....	4
6.2.	RETE INFORMATICA AZIENDALE.....	5
6.3.	PROCESSI DI HAND OVER	5
6.3.1.	<i>Contenuti e modalità dei processi di Hand over</i>	<i>7</i>
6.4.	RIUNIONI DEL COMITATO QUALITÀ.....	8
6.5.	RIUNIONE PERIODICA EX ART. 35 D. LGS 81/08 E S.M.I.....	8
6.6.	BACHECHE AZIENDALI	8
6.7.	SESSIONI FORMATIVE/INFORMATIVE.....	9
6.8.	INSERIMENTO ED ORIENTAMENTO AL RUOLO	9
6.9.	CASSETTE PER LA RACCOLTA DI SUGGERIMENTI	9
6.10.	POSTER E PANNELLI INFORMATIVI.....	10
7.	COMUNICAZIONE ESTERNA.....	10
7.1.	COMUNICAZIONE CON AUTORITÀ E ORGANI DI VIGILANZA E CONTROLLO.....	10
7.2.	COMUNICAZIONE CON ORGANO DI GOVERNO DELLE CURE DOMICILIARI	11
7.3.	ADEMPIMENTI E DEBITI INFORMATIVI NSIS	12
7.4.	COMUNICAZIONI CON LAVORATORI AUTONOMI, APPALTATORI E FORNITORI DI SERVIZI	13
7.5.	COMUNICAZIONI CON I FAMILIARI DEI MALATI	13
7.6.	COMUNICAZIONI CON LA COMUNITÀ LOCALE.....	13
8.	PARTECIPAZIONE DEI LAVORATORI.....	13
9.	INDICATORI.....	14
10.	ALLEGATI	14

Rev.	EMESSO DA DS-DA		VERIFICATO DA RQ		APPROVATO DA PR	
	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA
00	05/10/17		08/10/17		10/10/2017	
01	25.09.2022		28.09.2022		29.09.2022	
02	02/02/23		06/02/23		07/02/23	

1. SCOPO

Scopo della presente procedura è quello di definire le responsabilità e le attività da svolgere per assicurare la comunicazione interna e la comunicazione esterna da e verso le parti interessate (Enti e autorità di vigilanza e controllo, fornitori, lavoratori autonomi, comunità locali).

2. RIFERIMENTI

- D.A. n 1543 del 2/7/2008 la “Nuova caratterizzazione dell’assistenza domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”
- Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.”
- Decreto Assessoriale n. 308/21 del 15/04/2021;
- DECRETO 3 settembre 2021. Definizione dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per l’autorizzazione all’esercizio e per l’accreditamento del soggetto deputato al governo dell’accesso alle cure domiciliari
- PG.6.2-01 - *Pianificazione ed obiettivi della qualità*
- Norma ISO 9001:2015 - par. 7.4, 5.2.2

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutte le attività che vengono svolte all’interno del Consorzio. Tutto il personale appartenente all’organizzazione o che lavora per suo conto dovrà fare riferimento alla presente procedura relativamente ai processi di comunicazione, partecipazione e consultazione.

4. LISTA DI DISTRIBUZIONE / ACRONIMI

- | | |
|--|-------|
| • Presidente del Consiglio di Amministrazione | PR |
| • Consiglio di Amministrazione | CdA |
| • Direttore Sanitario | DS |
| • Direttore Amministrativo | DA |
| • Direttore Tecnico | DT |
| • Responsabile Qualità | RQ |
| • Responsabile URP | R-URP |
| • Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione | RSPP |

5. ATTIVITA’ E RESPONSABILITA’

Per una efficace implementazione del sistema di gestione è fondamentale tanto la comunicazione interna quanto quella esterna. I responsabili delle diverse funzioni aziendali devono essere sistematicamente informati su obiettivi e risultati delle proprie prestazioni

nonché di quelle dell'intera organizzazione, in riferimento alla qualità, alla sicurezza del paziente ed alla salute e sicurezza degli Operatori, in coerenza con la Politica del consorzio. A tale scopo debbono essere definiti gli strumenti mediante i quali può essere attuata una efficace comunicazione che consenta la partecipazione e la consultazione di tutte le parti interessate coinvolte nelle attività della SISIFO (dipendenti, collaboratori, appaltatori o fornitori di servizi, Enti preposti alla vigilanza ed al controllo).

PR.COM 7.4	Autorità e organi di vigilanza e controllo	Distretto Dipartimento Asp	Debiti informativi NSIS	Lavoratori Aut, Appaltatori Fornitori servizi	Familiari e pazienti	Comunità locali	Interna	Disponibilità dei mezzi
PR	R	R	-----	<i>Si rimanda alla PR.APP.8.4 Approvv.</i>	-----	R	-----	R
DS	R	R	R		R	R	-----	-----
RQ	C	-----	-----		-----	-----	-----	-----
RSP	C	-----	-----		-----	-----	-----	-----
URP	-----	-----	-----		R	R	-----	-----
<i>Tutto il personale</i>	-----	-----	-----		-----	-----	R	-----

6. COMUNICAZIONE INTERNA

La direzione applica un efficace sistema di comunicazione tra le diverse funzioni presenti nel servizio di cure domiciliari, per quanto concerne i processi. L'azienda adotta un sofisticato software distinto per aree di interesse ove è possibile aggiornarsi sulle evoluzioni del paziente e su quelle relative ai processi amministrativi, si avvale di costanti passaggi di consegne tra il personale per avere un aggiornamento in tempo reale del paziente ed informazioni relative ai processi operativi giornalieri e assicurare un dialogo costante e trasparente con tutte le parti interessate.

Per quanto riguarda le tipologie di comunicazione all'interno dell'organizzazione possono essere classificate secondo le seguenti categorie:

- comunicazioni provenienti dal personale e destinate alla direzione e ai responsabili sanitari o ad altre figure responsabili (es. segnalazione di non conformità, problemi, invio di specifici moduli, richieste, suggerimenti, ecc.);
- comunicazioni destinate al personale da parte della direzione o di altre figure responsabili (es. risposte alle richieste, esiti di audit, modifiche al SGQ, ecc.).

Le comunicazioni provenienti dal personale (comunicazione malattia, istanze, cambi turno) vengono gestite mediante la modulistica prevista dalle procedure e registrate secondo criteri specifici.

Per quanto riguarda i documenti emessi o prodotti dal personale, anche in relazione ai processi di cura svolti nei confronti del paziente, sono archiviati e conservati a cura della PR.COM.7.4.01 Comunicazione, partecipazione e consultazione_rev.01

centrale operativa. Affinché sia effettuato un controllo delle registrazioni esse sono adeguatamente identificate, archiviate, protette, reperibili, definite dal punto di vista della durata temporale e definite le modalità della loro eliminazione secondo le disposizioni stabilite dal nuovo regolamento sulla privacy GDPR 679/2016

Gli strumenti da utilizzare sono i seguenti:

- ✓ documentazione del sistema di gestione per la qualità;
- ✓ rete informatica aziendale;
- ✓ riunioni del Comitato Qualità;
- ✓ bacheche aziendali;
- ✓ sessioni formative/informative;
- ✓ iter di inserimento ed orientamento al ruolo;
- ✓ cassette per la raccolta di suggerimenti;
- ✓ incontri d'equipe e incontri in plenaria
- ✓ poster e pannelli informativi.

6.1. DOCUMENTAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE

Le modalità di diffusione dei documenti emessi per il governo ed il controllo del sistema di gestione per la qualità sono definite nella procedura PR.7.5-01 *Gestione delle informazioni documentate*.

Le modalità di comunicazione tra le diverse funzioni aziendali ed all'interno della stessa funzione, regolamentate da procedure ed istruzioni specifiche del Sistema di Gestione per la Qualità, sono definite all'interno delle procedure stesse.

Nello specifico 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 boxe; 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.

6.2. RETE INFORMATICA AZIENDALE

La SISIFO è dotata di un sistema gestionale informatizzato e di una rete di computer e workstations tra loro collegati che viene quotidianamente utilizzata per la condivisione di documenti e per lo scambio di informazioni in ordine alla erogazione dei servizi ai malati; l'utilizzazione della cartella clinica assicura la disponibilità di tutte le informazioni necessarie ai componenti dell'Equipe multidisciplinare sull'attuazione del Piano di Assistenza Individuale.

Una piattaforma per le comunicazioni interne garantisce anche la possibilità di scambio in tempo reale di comunicazioni in locale (e-mail interna) tra Operatori.

In merito al sistema informativo, si rimanda alla consultazione del sistema di gestione dei dati e delle informazioni (GDPR 2016/679) che il consorzio ha implementato per adempiere ai dettami normativi in materia di gestione e trattamento dei dati personali e delle informazioni che per la peculiarità del servizio vengono acquisite dai diversi operatori.

La responsabilità della redazione delle procedure di raccolta e verifica della qualità e diffusione dei dati, il consorzio, ha provveduto ad attribuirle alla società Siapa SRL che ricopre anche il ruolo di DPO (Data Protection Officer)

Il Consorzio ha, con specifiche lettere autorizzative, identificato le figure abilitate al trattamento dei dati e alla corretta gestione e conservazione delle informazioni.

Specificatamente e solo in merito alla qualità delle informazioni e dei dati provenienti da fonti esterne e dai fonti interne legate allo svolgimento del servizio, il consorzio si è dotato di una serie di criteri per poter valutare affidabilità, accuratezza e validità.

Le principali fonti di **dati e informazioni esterne** sono i pazienti e i familiari dei pazienti e l'ASP di appartenenza. Le informazioni provenienti dall'ASP sono garantite alla fonte, trattandosi del servizio pubblico inviante.

Relativamente alle informazioni ottenute dai familiari, nella prima fase di accoglienza e valutazione, gli operatori di centrale valutano attentamente tramite colloquio telefonico con i familiari ed eventualmente anche con il paziente se sussistono incongruenze con le informazioni ricevute. La somministrazione diretta di test di sviluppo ci permette di verificare la congruenza fra le informazioni ricevute, le esigenze del paziente osservate direttamente e le prescrizioni riportate nel PAI da parte dell'ASP territorialmente competente.

Relativamente ai **dati e alle informazioni interne** disponiamo di una serie di strumenti (diario clinico, griglie ecc) per il rilevamento quotidiano dell'andamento delle attività.

In merito a procedure/protocolli che definiscono le modalità con cui è garantita l'integrità e la sicurezza dei dati nonché le modalità di raccolta, conservazione e di tracciamento dei dati si rimanda alla consultazione del sistema privacy redatto ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

6.3. PROCESSI DI HAND OVER

I processi di hand over riguardano la consegna clinica ossia il trasferimento delle responsabilità/accountability (presa in carico e responsabilità) per alcuni aspetti della cura del paziente o dei pazienti, a un'altra persona o gruppo professionale.

Il processo di trasmissione delle informazioni relative al paziente da un operatore all'altro, da un team all'altro o dagli operatori al paziente e alla famiglia, ma anche tra strutture sanitarie e con le residenze protette, ha lo scopo di assicurare la continuità della cura e la sicurezza del paziente. Viene enfatizzata l'importanza di tale trasmissione soprattutto in occasione dei seguenti passaggi di ambito del percorso di cura:

- passaggio da un medico all'altro,
- cambio di infermiere nell'assistenza domiciliare
- trasferimento da o per l'ospedale,
- passaggio dal domicilio al Pronto Soccorso e viceversa,
- invio verso la struttura residenziale

All'interno del processo della consegna clinica è particolarmente importante la componente relativa alla "consegna comunicativa", ossia la trasmissione delle informazioni clinico-assistenziali relative al paziente; infatti numerosi studi hanno evidenziato che questo passaggio è critico e causa di possibili lacune operative.

Lo scopo della consegna è quello di fornire informazioni sulla cura del paziente, sul trattamento e sui servizi, sulle sue condizioni attuali e su ogni cambiamento prevedibile.

Le potenzialità riconducibili alla consegna comunicativa sono almeno le seguenti:

1. condivisione delle informazioni;
2. continuità della cura;
3. protezione del paziente;
4. apprendimento cooperativo;
5. sviluppo della collaborazione nel gruppo;
6. sostegno per i membri dell'équipe;
7. esplicitazione di conoscenze ed esperienze, e quindi, formazione continua tra colleghi.

Inoltre, lo scambio verbale consente di verificare e riformulare, integra informazioni con gli aspetti non verbali del comportamento, aiuta l'operatore ad avere in brevissimo tempo la situazione in mano, facilita le funzioni macrocognitive:

- riconoscimento del problema
- analisi
- attribuzione di significato
- pianificazione.

Del processo della consegna vanno identificate almeno otto differenti funzioni:

- trasmissione delle informazioni (funzione prevalente);
- descrizione che evidenzia le situazioni differenti rispetto alla pratica routinaria (paziente allergico all'antibiotico in uso nel reparto);
- resilienza, che fa emergere dallo scambio conversazionale assunzioni e azioni erranee;
- accountability, che enfatizza il trasferimento di responsabilità e autorità;
- interazione sociale, che crea condivisione, specie dei significati;

- cognizione condivisa, che gestisce i cambiamenti per il gruppo di lavoro connessi al trasferimento di un nuovo operatore; tale passaggio può avere tempi diversi e richiede trasparenza, comunicazione reciproca e coordinamento;
- norme culturali, ossia la negoziazione e il mantenimento nel tempo dei valori e delle norme del gruppo.

6.3.1. Contenuti e modalità dei processi di Hand over

Le informazioni trasmesse attraverso la consegna in genere devono riguardare:

- condizioni del paziente e cambiamenti avvenuti;
- trattamenti in corso e relative modifiche;
- complicazioni che potrebbero subentrare;
- esigenze particolari del paziente e della famiglia.

La trasmissione inoltre non deve contemplare solo informazioni ma problemi, ipotesi e possibili conseguenze; è opportuno fornire materiale scritto a sostegno dello scambio verbale dell'équipe e di effettuare una verifica periodica delle consegne.

La Direzione Sanitaria ha determinato che, per ogni tipo di consegna, le informazioni fondamentali sono: la diagnosi principale, le procedure recenti, la terapia farmacologica, gli esami che devono essere fatti/risultati attesi.

Inoltre la DS ha suggerito di attenersi alle seguenti modalità operative:

- limitarsi alle informazioni importanti;
- preferibilmente comunicare con il collega anche di persona;
- limitare le interruzioni;
- evitare messaggi lunghi e accertarsi che tutte le persone che devono sapere, acquisiscano effettivamente quella conoscenza;
- adottare un unico stile di comunicazione in tutta SISIFO;
- identificare possibili complicazioni e strategie "se/allora";
- chiedere un "leggi-di nuovo" per verificare che le informazioni siano state ricevute e comprese.

Tutti i passaggi di informazioni, ove non sia possibile ricorrere al cartaceo, si devono registrare in supporti informatici.

Nello specifico il passaggio di consegna tra operatori di assistenza domiciliare va gestito in modo strutturato e capillare al fine di sormontare l'ostacolo comunicativo dovuto alla contemporanea presenza a domicilio degli operatori durante l'assistenza:

Il passaggio di consegne viene gestito nel seguente modo:

- Attraverso la compilazione della cartella clinica domiciliare dove vengono annotate tutte le informazioni relative alle condizioni del paziente
- Stesura di relazioni di valutazione periodiche da parte degli operatori sanitari e inviate alla centrale operativa che a sua volta la condivide con il distretto ASP di pertinenza
- Comunicazioni estemporanee da e alla centrale operativa su variazioni salienti dell'assistenza (sospensione, chiusura, ricovero, guarigione, decesso, emergenze)

- Periodiche riunioni d'equipe in cui sono condivise le valutazioni del percorso assistenziale ed eventuali criticità e soluzioni correttive
- I componenti dell'equipe si tengono costantemente aggiornati sulle singole assistenze tramite i mezzi usuali ed informali di comunicazione quali chiamate telefoniche, messaggi, mail et.

6.4. RIUNIONI DEL COMITATO QUALITÀ

Il Comitato Qualità è l'organo collegiale preposto al riesame periodico del Sistema di Gestione integrato per la Qualità e la Sicurezza dell'organizzazione. Vista la sua composizione, le sue riunioni periodiche assicurano che tutte le funzioni aziendali, a livello apicale, siano aggiornate sull'andamento delle attività nell'intera Organizzazione.

La composizione del comitato ed i suoi compiti sono specificati nella procedura PG.9.3-01 *Riesame di Direzione*.

Il comitato stabilisce, in relazione ai temi trattati in ogni riunione, quali decisioni significative rendere note per la partecipazione e la consultazione da parte del personale interessato e le modalità di trasmissione delle stesse. Le comunicazioni potranno assumere, ad esempio, la forma di:

- ✓ emissione/revisione di Istruzioni Operative;
- ✓ circolari e ordini di servizio da distribuire in forma controllata;
- ✓ comunicazioni da affiggere in bacheca.

6.5. RIUNIONE PERIODICA EX ART. 35 D. LGS 81/08 E S.M.I.

Ai sensi dell'art. 35 del D. Lgs. 81/08 almeno una volta l'anno viene tenuta una riunione periodica in materia di sicurezza; le risultanze delle riunioni vengono portate a conoscenza della Direzione, alla quale compete assumere decisioni in ordine ad eventuali necessità di miglioramento del sistema di sicurezza.

Tali decisioni verranno comunicate al Personale con le stesse modalità riportate al punto precedente.

6.6. BACHECHE AZIENDALI

Le bacheche aziendali sono i luoghi dove vengono affisse alcune comunicazioni che, per la loro rilevanza, debbono raggiungere tempestivamente tutto il Personale. Vengono affissi in bacheca:

- ✓ l'organigramma della sicurezza con i nominativi di DL, dirigenti, preposti, addetti antincendio e primo soccorso, RLS, Medico competente ed autorizzato, Esperti qualificati.
- ✓ documento sulla politica aziendale per la Qualità e la Sicurezza;
- ✓ comunicazioni relative a obiettivi, traguardi e risultati raggiunti;
- ✓ piani di emergenza;
- ✓ altre comunicazioni urgenti e di interesse generale.

L'aggiornamento della bacheca è a cura del RQA d'intesa con RSPP e con le funzioni responsabili dei processi coinvolti dalle relative comunicazioni.

6.7. SESSIONI FORMATIVE/INFORMATIVE

È importante comunicare in modo efficace la politica, gli obiettivi ed i risultati raggiunti in ordine alla gestione aziendale, alla qualità delle prestazioni erogate, alla sicurezza di pazienti e degli Operatori i.

A tale scopo, nell'ambito dei piani di formazione, vanno pianificate e condotte sessioni informative nel corso delle quali i temi sopra riportati possano essere oggetto di comunicazione, approfondimento, coinvolgimento del personale.

In particolare deve essere prevista ad inizio di anno, dopo il riesame annuale condotto dalla Direzione, una sessione dedicata alle analisi effettuate dal Comitato Qualità ed alle conseguenti decisioni in ordine alla revisione della politica, ai nuovi obiettivi operativi ed ai piani di miglioramento.

Altre sessioni formative/informative devono essere previste su temi legati alla sicurezza sui luoghi di lavoro, quali:

- ✓ Concetti generali in tema di prevenzione e sicurezza sul lavoro.
 - concetti di rischio, danno, prevenzione, protezione;
 - organizzazione della prevenzione aziendale;
 - diritti, doveri e sanzioni per i vari soggetti aziendali;
 - organi di vigilanza, controllo e assistenza.
- ✓ Rischi riferiti alle mansioni specifiche, possibili danni e conseguenti misure e procedure di prevenzione e protezione caratteristici del tipo di lavoro, reparto o mansione quali ad esempio rischi meccanici, elettrici, da esplosione, chimici, cancerogeni, biologici, fisici, rumore, vibrazioni, radiazioni, microclima e illuminazione, videoterminali, stress lavoro-correlato, movimentazione manuale carichi e malati, segnaletica, emergenze ecc.

In occasione degli incontri programmati, potranno essere discusse e approfondite le attività relative alle indagini degli accadimenti pericolosi (es. la tipologia di accadimenti che si stanno verificando, i fattori che possono contribuire al loro verificarsi, i risultati delle conseguenti indagini) allo scopo di aumentare il livello di consapevolezza del personale e di ridurre tendenzialmente il numero di accadimenti pericolosi.

6.8. INSERIMENTO ED ORIENTAMENTO AL RUOLO

La procedura PR.GRU.7.1-01 *Gestione delle risorse umane* prevede un *Iter di inserimento del personale neo assunto*, che indica in dettaglio i temi dell'istruzione ed i Responsabili del tutoraggio.

6.9. CASSETTE PER LA RACCOLTA DI SUGGERIMENTI

Devono essere presenti in struttura cassette destinate alla raccolta, oltre che dei questionari compilati dai dipendenti in merito alla loro soddisfazione, anche per le segnalazioni anonime di incidenti, eventi avversi e near misses; tali cassette possono essere utilizzate dai dipendenti anche per sottoporre alla Direzione suggerimenti, osservazioni e quant'altro possa contribuire al miglioramento dei livelli di qualità delle prestazioni, sicurezza dei pazienti, salute e sicurezza dei lavoratori.

I dipendenti possono, inoltre, utilizzare i questionari anonimi per la rilevazione della soddisfazione per annotarvi in calce qualunque tipo di osservazione, critica, suggerimento.

6.10. POSTER E PANNELLI INFORMATIVI

Devono essere in uso ulteriori strumenti di comunicazione interna destinati ad informazione/educazione su argomenti specifici, costituiti per lo più da poster e pannelli informativi. Tali poster e pannelli sono caratterizzati da una comunicazione rapida ed efficace su temi specifici inerenti aspetti prettamente comportamentali riguardanti la prevenzione dei rischi. Essi possono riguardare;

- ✓ l'igiene delle mani;
- ✓ l'utilizzo di farmaci e dispositivi medici;
- ✓ la conservazione e manipolazione di sostanze pericolose;
- ✓ altre tematiche relative ai comportamenti da tenere per la prevenzione del rischio clinico.

7. COMUNICAZIONE ESTERNA

La SISIFO ritiene che sia fondamentale per la crescita ed il miglioramento continuo sostenibile tenere in considerazione ogni comunicazione riguardante la qualità delle prestazioni e la sicurezza sul lavoro proveniente da cittadini utenti, appaltatori e fornitori di servizi o parti interessate, intese come soggetti o gruppi interessati alle prestazioni erogate; intende, inoltre, dialogare proattivamente con gli enti, gli organi e le autorità di vigilanza e controllo al fine di:

- ✓ fornire tempestivamente le evidenze richieste;
- ✓ risolvere rapidamente eventuali criticità riscontrate;
- ✓ trasmettere i risultati di indagini e monitoraggi specifici (ove previsto);
- ✓ facilitare una comunicazione biunivoca, trasparente e positiva.

7.1. COMUNICAZIONE CON AUTORITÀ E ORGANI DI VIGILANZA E CONTROLLO

Le comunicazioni provenienti da autorità, organi di vigilanza e controllo, parti interessate pervenute per iscritto (a mezzo lettera, fax o e-mail) devono essere gestite secondo i seguenti criteri:

- le comunicazioni devono essere registrate sul protocollo della corrispondenza in arrivo presso la Segreteria e trasmesse all'ufficio di competenza per la materia;
- le comunicazioni pervenute attraverso note legali sono di competenza della Direzione Amministrativa che provvederà alla necessaria informativa al Presidente;
- la raccolta degli elementi di conoscenza necessari a rispondere alle comunicazioni è a cura del settore interessato, con il coinvolgimento di RQ e di RSPP per le rispettive competenze e con il coinvolgimento della Direzione Sanitaria.
- le comunicazioni ricevute verbalmente saranno trasmesse via email interna da chi le riceve al RQA o al RSPP (a seconda della materia), previa eventuale risposta interlocutoria alla Parte interessata;

- tutte le funzioni interessate dovranno essere avvisate tempestivamente e dovranno fornire con la massima celerità e trasparenza le notizie al fine di accelerare il riscontro alla comunicazione;
- tutte le comunicazioni pervenute, sia per iscritto (a mezzo lettera o fax), via e-mail che verbalmente, devono essere chiuse con un riscontro definitivo che potrà avvenire, a seconda della rilevanza della materia, tramite lettera, fax, e-mail o a mezzo telefono;
- il riscontro definitivo è di competenza del Direttore Operativo per aspetti amministrativi e/o legali e del Direttore Sanitario per gli aspetti sanitari;
- l'intera documentazione deve essere trasmessa al RQA per l'adozione, ove necessario, delle opportune azioni di miglioramento del sistema di gestione aziendale; il RQA riferirà alla prima sessione utile al Comitato Qualità.

•

7.2. COMUNICAZIONE CON ORGANO DI GOVERNO DELLE CURE DOMICILIARI

SISIFO instaura un rapporto stretto e continuativo con il Distretto e il Dipartimento ASP di riferimento (Dipartimento della programmazione e della organizzazione delle attività territoriali e dell'integrazione socio-sanitaria) e con il medico curante (Responsabile dell'assistenza) in tutte le fasi di gestione del percorso assistenziale domiciliare.

I distretti Sanitari di base (Unità Operative Territoriali) ricevono l'istanza di cure domiciliari da parte del paziente e pianificano la pre valutazione. Successivamente gli organi valutatori (UVM) definiscono il PAI e lo trasmettono a SISIFO se il paziente lo ha individuato come soggetto erogatore del servizio.

SISIFO riceve il PAI dal Distretto e avvia l'assistenza.

- **FASE 1** Avvio assistenza: SISIFO riceve comunicazione del PAI e riscontra la richiesta comunicando al Distretto l'avvenuta attivazione.
- **FASE 2:** Gestione dell'assistenza: durante il percorso assistenziale SISIFO deve comunicare sempre e tempestivamente al Distretto inviante:
 - Eventuali modifiche delle condizioni del paziente che necessitano di ricovero in strutture per acuzie
 - Eventuali cambi di domicilio
 - Eventuale raggiungimento degli obiettivi assistenziali
 - Eventuali modifiche del PAI in esito a miglioramenti o peggioramenti consistenti delle condizioni del paziente
- **FASE 3:** Conclusione dell'assistenza: al termine del periodo sancito nel PAI l'equipe comunica la valutazione finale del Piano di assistenza evidenziando se gli obiettivi indicati nel PAI sono stati raggiunti oppure no; in questo ultimo caso sono esplicitate le cause.

Sulla base di questa valutazione il Distretto prenderà le dovute determinazioni circa la conclusione o prosecuzione dell'assistenza. (Es.: conclusione dell'assistenza, modifica del PAI con prosecuzione dell'assistenza etc.)

7.3. ADEMPIMENTI E DEBITI INFORMATIVI NSIS

E' compito della segreteria di Direzione Sanitaria monitorare tutte le scadenze relative agli adempimenti in materia di prestazioni sanitarie (flussi informativi, trasmissione di documenti, relazioni, etc...) ed interessare i settori responsabili ad effettuare per tempo i relativi adempimenti.

La Direzione Tecnica dell'ASP dispone di un Servizio Informativo di Epidemiologia Valutativa che produce, con l'uso di software statistico specifico, i riepiloghi richiesti dalle regioni nel formato voluto.

I dati relativi alle forme di assistenza domiciliare oggetto di rilevazione sono esclusivamente quelle caratterizzate da interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria che soddisfano i seguenti quattro criteri guida:

- 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;
- includendo tra queste, qualora siano soddisfatti i criteri sopra menzionati, anche le cure palliative domiciliari e le dimissioni protette.

Le informazioni sono preliminarmente raccolte da SISIFO ed inviate all'ASP e riguardano i seguenti ambiti:

- caratteristiche anagrafiche dell'assistito (dati privi di elementi identificativi diretti);
- valutazione ovvero rivalutazione socio - sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali;
- erogazione dell'assistenza;
- sospensione della presa in carico;
- dimissione dell'assistito.

A titolo di esempio, si cita:

- Flussi erogati in conformità al SIAD del NSIS ministeriale
- Riepiloghi aggregati per prestazioni, accessi, tipologia di pazienti, sesso, età, durata della presa in carico, complessità assistenziale.
- Le elaborazioni statistiche saranno possibili in funzione dei dati comunicati dal Direttore Tecnico all'ASP in fase di inserimento anagrafico e di valutazione.

Mensilmente la segreteria della Sede operativa raccoglie e produce i dati inerenti il flusso e invia il medesimo alla Direzione Tecnica dell'ASP per un loro nulla osta.

Per maggiori dettagli si rimanda alla procedura PR.GCI.7.1 Gestione e controllo dei Sistemi Informativi.doc.

7.4. COMUNICAZIONI CON LAVORATORI AUTONOMI, APPALTATORI E FORNITORI DI SERVIZI

La gestione delle comunicazioni con lavoratori autonomi, ditte appaltatrici e fornitrici di servizi è regolata dalla procedura PR.APP.8.4 *Approvvigionamenti*.

7.5. COMUNICAZIONI CON I FAMILIARI DEI MALATI

La comunicazione con i familiari dei pazienti è garantita dalla applicazione della procedura PR.8.5-02 *Gestione del processo assistenziale* e della procedura PR.7.4.02 *Comunicazione col paziente e con i suoi familiari*.

7.6. COMUNICAZIONI CON LA COMUNITÀ LOCALE

La comunicazione verso i cittadini ha lo scopo di comunicare la mission aziendale, promuovere l'immagine della SISIFO, illustrare i servizi offerti e le modalità di accesso, rendere noti gli impegni in termini di qualità delle prestazioni erogate.

La comunicazione è gestita mediante i seguenti canali:

- a) Carta dei servizi
- b) Sito web aziendale
- c) Opuscoli informativi
- d) Convegni e seminari
- e) Presenza sui Social Media

Per la redazione e diffusione della carta dei servizi si veda la procedura PR.8.2-01 *Gestione dei rapporti contrattuali e con le Parti Interessate*.

Con alcuni riferimenti territoriali che operano nel terzo settore a supporto e a tutela dei diritti dei malati possono essere stipulati specifici protocolli d'intesa per la condivisione di progetti di continuità assistenziale ed integrazione territoriale

È compito dell'URP mantenere aggiornato il sito web aziendale sulla base di indicazioni provenienti dalla Presidenza e dalle Direzioni con il supporto di RQA.

La promozione di convegni e seminari o la partecipazione ad eventi promossi da altre Organizzazioni è stabilita dal Presidente su indicazione del Direttore Sanitario, in funzione della pertinenza e rilevanza degli argomenti trattati.

8. PARTECIPAZIONE DEI LAVORATORI

Le sessioni formative/informative, i questionari relativi alla rilevazione della soddisfazione dei dipendenti, le comunicazioni diffuse attraverso le bacheche aziendali sono gli strumenti attraverso i quali quanti lavorano in SISIFO possono essere informati circa la loro partecipazione alle attività di miglioramento dei servizi offerti e della sicurezza sul lavoro, e sulle persone alle quali fare riferimento. In particolare tutto il personale dipendente ed i collaboratori esterni vanno invitati ad esprimersi nel merito ed è incoraggiato il loro coinvolgimento nelle seguenti attività:

- ✓ miglioramento della qualità delle prestazioni e della sicurezza dei pazienti;
- ✓ identificazione dei pericoli;
- ✓ valutazione dei rischi;
- ✓ determinazione delle misure per il controllo dei rischi;

- ✓ indagini su incidenti e mancati incidenti;
- ✓ revisione degli obiettivi e relativi programmi;
- ✓ introduzione di cambiamenti che coinvolgano la sicurezza sul lavoro quali l'introduzione di attrezzature nuove o modificate, la costruzione, modificazione o cambiamento nell'uso degli ambienti di lavoro, l'utilizzo di nuovi materiali o prodotti chimici, riorganizzazioni, nuovi processi, procedure o schemi di lavoro.

9. INDICATORI

OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	PERIODICITA' RILEVAZIONE
Corretta gestione del processo di comunicazione	N. disservizi degli strumenti di comunicazione	0	annuale
	N. di NC riconducibili ad una comunicazione inefficace	0	annuale
	N mancati invii documentazione obbligatoria	0	annuale
Comunicazioni interne e partecipazione degli operatori	n° ore di collettivo pro capite	n. 50	annuale
	n° ore di coordinamento mensili	n. 20	
	n° convocazioni mensili per gruppi di professionisti	n. 2	

10. ALLEGATI

Non sono previsti allegati alla presente procedura