

PIANO DI MIGLIORAMENTO 2023

I N D I C E

| | |
|--|----------|
| 1. SCOPO | 3 |
| 2. CAMPO DI APPLICAZIONE | 3 |
| 3. MODALITA' DI COMUNICAZIONE DEL PIANO..... | 3 |
| 4. LISTA DI DISTRIBUZIONE..... | 3 |
| 5. SIGLE, ABBREVIAZIONI E ACRONIMI | 4 |
| 6. ATTIVITA' E RESPONSABILITA' | 4 |
| 6.1 AZIONI DI MIGLIORAMENTO DA ATTUARE NEL 2023 | 4 |
| 7. MONITORAGGI..... | 8 |

1. SCOPO

Lo scopo del presente documento è quello di definire le azioni di miglioramento da condurre nell'arco dell'anno in esito ai rilievi fatti l'anno precedente.

In definitiva, attraverso quanto sopra e attraverso le analisi condotte su tutti gli elementi in ingresso il Comitato redige un *Piano di miglioramento* (PR.RIE.9.3 - RIESAME DI DIREZIONE REV.02) che sarà formalizzato in apposito documento, nel quale saranno stabiliti:

- a) Processi aziendali interessati;
- b) Azioni da attuare;
- c) Responsabilità;
- d) Tempi di sperimentazione;
- e) Monitoraggi;
- f) Miglioramenti attesi.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Le azioni da attuare possono riguardare:

- ✓ Modifiche alla documentazione del sistema integrato qualità e sicurezza;
- ✓ Addestramento e formazione per il personale;
- ✓ Revisione dei ruoli e delle responsabilità;
- ✓ Innovazioni e/o reingegnerizzazione di processi;
- ✓ Acquisizione di nuove tecnologie;
- ✓ Revisione di misure di controllo dei rischi o introduzione di nuove.

Per l'attuazione delle azioni previste dal Piano di miglioramento i Responsabili indicati nel documento si avvarranno del supporto del RQ; al termine della fase di sperimentazione riferiranno al Comitato al quale compete la valutazione dei risultati ottenuti nella fase di sperimentazione, la standardizzazione del miglioramento e la modifica alla documentazione del Sistema.

Il piano di Miglioramento riguarda i processi della centrale operativa di riferimento.

3. MODALITA' DI COMUNICAZIONE DEL PIANO

Il piano sarà condiviso e diffuso 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.

4. 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

5. 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

6. RESPONSABILITA'

La definizione ed approvazione del Piano di Miglioramento è condotta nell'ambito delle attività proprie del Comitato Qualità. L'attività di identificazione e proposizione delle azioni di miglioramento 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.

7. CONTENUTI DEL PIANO

Il presente Piano intende stabilire:

- a) Processi aziendali interessati;
- b) Azioni da attuare;
- c) Responsabilità;
- d) Tempi di sperimentazione;
- e) Monitoraggi;
- f) Miglioramenti attesi.

Le azioni da attuare possono riguardare:

- Modifiche alla documentazione del sistema integrato qualità e sicurezza;
- Addestramento e formazione per il personale;
- Revisione dei ruoli e delle responsabilità;
- Innovazioni e/o reingegnerizzazione di processi;

- Acquisizione di nuove tecnologie;
- Revisione di misure di controllo dei rischi o introduzione di nuove.

Per l'attuazione delle azioni previste dal Piano di miglioramento i Responsabili indicati nel documento si avvarranno del supporto del RQ; al termine della fase di sperimentazione riferiranno al Comitato al quale compete la valutazione dei risultati ottenuti nella fase di sperimentazione, la standardizzazione del miglioramento e la modifica alla documentazione del Sistema.

Il piano definirà eventuali azioni di miglioramento nel caso in cui si dovessero registrare dei dati non in linea con gli obiettivi del Piano Qualità Aziendale e nello specifico riguarderanno:

- **I dati relativi alla soddisfazione dei cittadini utenti** (PR.RCS.9.1 *“Rilevazione della soddisfazione dei cittadini utenti”*) Il RQ sottopone al Comitato i dati di consuntivo dell'anno e, se del caso, i dati parziali evidenziando i principali scostamenti.
- **I dati relativi alla soddisfazione dei dipendenti** (vedi PR.GRU.7.1/1 - *“Gestione delle Risorse Umane”*) saranno raccolti dal RQ nel *“Report soddisfazione dei dipendenti”*. Il RQ sottopone al Comitato i dati evidenziando i principali scostamenti rispetto alla precedente rilevazione.
- **I dati relativi ai reclami da cittadini utenti** (vedi PR.GCN.10.2 *Gestione NC_reclami e PdM*). I dati relativi ai reclami verbali e scritti presentati dai cittadini utenti saranno raccolti a cura del RQ. Se del caso il RQ entrerà nel merito della gestione dei singoli reclami riferendo al comitato sull'esito.

• **Le informazioni di ritorno dalle parti interessate rilevanti: esiti di verifiche ispettive da parte di enti esterni: quali ASP - Assessorato alla Salute - Enti privati di certificazione.**
Gli esiti delle comunicazioni provenienti da parti interessate esterne (compresi i reclami) saranno discussi sulla base delle singole evidenze. In particolare il Comitato si sofferma ad esaminare se le informazioni di ritorno dalle parti interessate esterne rilevanti hanno un potenziale impatto sull'efficacia del sistema in relazione al contesto dove l'Organizzazione opera e se del caso deciderà in merito a come prendere in considerazione tali informazioni per modifiche al sistema. Sarà cura del RQ formalizzare il tutto attraverso la modulistica prevista dalla procedura PR.GCN.10.2 *Gestione NC_reclami e PdM* e monitorare l'attuazione delle azioni disposte attraverso il DR.GCN.03 - *Monitoraggio azioni correttive*.

- **I dati relativi all'andamento degli indicatori di processo**

I dati relativi all'andamento degli indicatori saranno raccolti dal Responsabile Qualità nel *“Report indicatori”* e presentati al comitato ai fini della valutazione.

- **I dati relativi all'andamento e allo stato delle non conformità, azioni correttive e preventive**

L'andamento delle non conformità rilevate e delle azioni correttive e/o preventive predisposte ed attuate sarà esaminato sulla base della relativa documentazione. Saranno in sintesi presentate dal RQ tutte le azioni aperte e ne sarà discusso lo stato di chiusura e l'efficacia.

- **Il grado di raggiungimento degli obiettivi e dei traguardi**

Compito del RQ è riferire al Comitato circa lo stato di avanzamento degli obiettivi e dei traguardi. Verrà presentato il *“Programma per il raggiungimento di obiettivi e traguardi”* di cui verrà analizzato lo stato di avanzamento ed attuazione. Analizzato a fondo il livello di raggiungimento di obiettivi e traguardi il Comitato effettuerà alla Direzione le sue proposte circa gli obiettivi ed i traguardi da fissare per il nuovo anno o circa la revisione degli stessi (nel caso di riunioni nel corso dell'anno) e proporrà l'adozione di opportuni programmi per il loro conseguimento.

- **Risultati di audit interni**

Il Piano di Miglioramento conterrà anche eventuali azioni di miglioramento in esito alla valutazione dei verbali degli audit interni.

Tutti i processi organizzativi del consorzio sono oggetto di valutazione e di miglioramento come da tabella seguente:

| TIPOLOGIA DI PROCESSO | PROCESSI | STRUMENTI DI VALUTAZIONE | RESPONSABILE DELLA VERIFICA |
|----------------------------|--|--|--|
| Processi di Pianificazione | Progettazione pianificazione del Sistema di Gestione per la qualità | Audit interni | GAI e DIREZIONE AZIENDALE |
| Processi di Supporto | Gestione Risorse Umane, Strumentali, Impiantistiche, Tecnologiche e Aspetti ambientali igienici e di sicurezza | Audit interni | GAI e RQ |
| Processi Principali | Erogazione della Prestazione Sanitaria | <p>Audit clinici: verifiche specifiche quali controlli di Qualità e conformità a standard prestabiliti</p> <p>Audit comportamentali: misurazione di aderenza alle linee guida, Safety walkround</p> <p>Audit sulla documentazione sanitaria: Es.: mortality & morbidity review</p> | <p>DIREZIONE TECNICA/SANITARIA</p> <p>COORDINATORI INFERMIERISTICI O FISIOTERAPICI</p> <p>RQ</p> |

- **Prestazioni di data protection**

Il RQ riferisce al comitato circa eventuali data breach occorsi e la loro gestione (comprese le azioni adottate), eventuali richieste degli interessati e relativa gestione, nonché di tutto quanto afferente la data protection.

- **Prestazioni dei fornitori**

Saranno analizzate le prestazioni dei fornitori sulla base delle valutazioni effettuate e dei relativi report. Il comitato analizza i dati e prende decisioni circa eventuali criticità.

- **Attività di formazione, informazione ed addestramento**

Il RQ sottoporrà all'attenzione del comitato la relazione sulle attività di formazione, informazione ed addestramento svolte nel corso dell'anno. Nel fare ciò sarà confrontato quanto effettivamente attuato con quanto era stato precedentemente pianificato onde poter valutare eventuali interventi non svolti

e necessità formative da rinnovare. Alla luce di quanto riscontrato il comitato approverà il Piano formazione, informazione ed addestramento per l'anno successivo.

- **Adeguatezza delle risorse umane**

Utilizzando i criteri definiti nella procedura PR.GRU.7.1/02 *Definizione della pianta organica* e tenuto conto dei risultati delle analisi di cui ai punti precedenti, il Comitato riesamina l'adeguatezza delle risorse umane e definisce la nuova pianta organica.

- **Adeguatezza ed efficienza delle risorse tecnologiche**


Il Responsabile del Servizio di Protezione e Prevenzione riferirà al Comitato sulle risultanze dei facility tour condotti in base a quanto previsto dalla relativa procedura: eventuali necessità di adeguamento di ambienti ed impianti fissi dovranno essere formalizzate e comunicate al Vertice aziendale per i provvedimenti di conseguenza.

Il Comitato dovrà, inoltre, prendere in esame l'adeguatezza ed efficienza delle apparecchiature medicali analizzando i dati relativi ai fermi macchina verificatisi e raccogliendo le indicazioni dei Responsabili dei Raggruppamenti e dei Servizi Specialistici in ordine alla necessità/opportunità di acquisire nuove tecnologie.


7.1 Azioni di Miglioramento da attuare nel 2023

| Processo | Area di valutazione del processo | Indicatori di misurazione del processo | Metriche | Punteggio | Misurazione A Dicembre 2022 | Obiettivo di miglioramento 2023 |
|-----------------------|----------------------------------|--|------------------|-----------|-----------------------------|---------------------------------|
| Riesame del contratto | Rinnovamento dei servizi | Numero di servizi innovativi | 0 servizi | 0 | 2 | 3 |
| | | | 1-3 servizi | 1 | | |
| | | | 4-6 servizi | 2 | | |
| | | | più di 6 servizi | 3 | | |
| | Investimento in innovazione | Risorse esterne impiegate nella progettazione dell'innovazione | 0 risorse | 0 | 3 | 3 |
| | | | € 250-500 | 1 | | |
| | | | € 501-1000 | 2 | | |
| | | | più di € 1000 | 3 | | |

| Processo | Area di valutazione del processo | Indicatori di misurazione del processo | Metriche | Punteggio | Misurazione A Dicembre 2022 | Obiettivo di miglioramento 2023 |
|----------|----------------------------------|---|--------------------|-----------|-----------------------------|---------------------------------|
| | | Rapporto gare presentate/aggiudicate su servizi innovativi | 0% aggiudicate | 0 | 1 | 1 |
| | | | 1-50% aggiudicate | 1 | | |
| | | | 51-99% aggiudicate | 2 | | |
| | | | 100% aggiudicate | 3 | | |
| | Soddisfazione del committente | N° servizi a cui si è sottoposto il questionario | 1 servizio | 0 | 2 | 2 |
| | | | 2-4 servizi | 1 | | |
| | | | 5-8 servizi | 2 | | |
| | | | tutti i servizi | 3 | | |
| | | N° reclami committente | più di 6 reclami | 0 | 3 | 3 |
| | | | 4-6 reclami | 1 | | |
| | | | 1-3 reclami | 2 | | |
| | | | Nessun reclamo | 3 | | |
| | Realizzazione dell'intervento | Tempi di somministrazione strumenti di indagine | Non somministrati | 0 | 1 | 1 |
| | | | 1-3 volte l'anno | 1 | | |
| | | | 4-6 volte l'anno | 2 | | |
| | | | più di 6 volte | 3 | | |
| | | Numero soggetti coinvolti nelle attività di ricerca ed indagine | Nessuno | 0 | 2 | 3 |
| | | | 1-3 persone | 1 | | |
| | | | 4-6 persone | 2 | | |
| | | | più di 6 persone | 3 | | |
| | | N° Reclami utenti | più di 6 reclami | 0 | 3 | 3 |
| | | | 4-6 reclami | 1 | | |
| | | | 1-3 reclami | 2 | | |
| | | | Nessun reclamo | 3 | | |
| | | Numero aree | 0 aree | 0 | 3 | 3 |

| | | |
|---|---|---|
|  | <p align="center">ALLEGATO PIANO DI MIGLIORAMENTO 2023</p> | <p>Codice documento: ALL.AQ 12/01 Emesso 01/09/2010 Rev.02 del 09.05.2023</p> |
|---|---|---|


| Processo | Area di valutazione del processo | Indicatori di misurazione del processo | Metriche | Punteggio | Misurazione A Dicembre 2022 | Obiettivo di miglioramento 2023 |
|-------------------------|---|--|--------------------------------------|--------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| | | codificate di archiviazione | 2-4 aree | 1 | | |
| | Risorse di personale Sistemidi archiviazione | | 5-7 aree | 2 | | |
| | | | più di 7 aree | 3 | | |
| Attivazione risorse | Rintracciabilità dei dati | Tempi medi di reperimento documenti | più di 20 minuti | 0 | 3 | 3 |
| | | | 11-20 minuti | 1 | | |
| | | | 5-10 minuti | 2 | | |
| | | | 1-4 minuti | 3 | | |
| | | | | | | |
| Approvvigionamento | Controllo su fornitori e sui prodotti approvvigionati | N° controlli annuali sui fornitori ai fini della riqualificazione | Nessuno | 0 | 1 | 2 |
| | | | 1-3 controlli | 1 | | |
| | | | 4-6 controlli | 2 | | |
| | | | più di 6 controlli | 3 | | |
| | | Grado di soddisfazione delle forniture approvvigionate | Mediocre | 0 | 3 | 3 |
| | | | Sufficiente | 1 | | |
| | | | Ottimo | 3 | | |
| Riesame della Direzione | Capacità di operare in retee sinergie interistituzionali | Numero enti con cui si collabora (Prefettura, AUSL, Istituzione, CSA, ecc) | 0 enti | 0 | 3 | 3 |
| | | | 1-5 enti | 1 | | |
| | | | 6-10 enti | 2 | | |
| | | | più di 10 enti | 3 | | |
| Controllo e misurazione | Customer satisfaction | Batterie questionari somministrati per anno | 0 batterie | 0 | 2 | 3 |
| | | | 1-3 batterie | 1 | | |
| | | | 4-6 batterie | 2 | | |
| | | | più di 6 batterie | 3 | | |
| | | Livelli di soddisfazione del servizio | Mediocre | 0 | 3 | 3 |
| | | | Sufficiente | 1 | | |
| | | | Buono | 2 | | |
| | | | Ottimo | 3 | | |
| Progettazione | Carico di lavoro progettuale e rispondenza alle istanze dell'utente | Numero degli elaborati progettuali prodotti nell'anno | nessuno | 0 | 3 | 3 |
| | | | 1-3 progetti | 1 | | |
| | | | 4-6 progetti | 2 | | |
| | | | più di 6 progetti | 3 | | |
| | | | Non conformità e inadeguatezze della | più di 6 non conf. | 0 | 3 |

| | | |
|---|---|---|
|  | <p align="center">ALLEGATO PIANO DI MIGLIORAMENTO 2023</p> | <p>Codice documento: ALL.AQ 12/01 Emesso 01/09/2010 Rev.02 del 09.05.2023</p> |
|---|---|---|

| Processo | Area di valutazione del processo | Indicatori di misurazione del processo | Metriche | Punteggio | Misurazione A Dicembre 2022 | Obiettivo di miglioramento 2023 |
|----------|----------------------------------|--|---------------|-----------|-----------------------------|---------------------------------|
| | | progettazione innovativa | 4-6 non conf. | 1 | | |
| | | | 1-3 non conf. | 2 | | |
| | | | 0 non conf. | 3 | | |


| ORGANIZZAZIONE AZIENDALE | | | |
|---|---|--|--|
| Progetto di Miglioramento | Oggetto | Azione di miglioramento | Miglioramento Atteso |
| Incrementare la produttività aziendale | Ottenere accreditamento di tutte le centrali operative | Invio Istanze per tutte le sedi e creazione gruppo di lavoro qualità/accreditamento | Capillare consorzio regione presenza in tutta del l |
| Definire obiettivi per ogni processo aziendale | Rivedere il cruscotto degli indicatori | Integrare nel cruscotto obiettivi ed indicatori di input, output e outcome | Monitoraggio costante di tutti gli obiettivi aziendali organizzativi, trasversali e produttivi |
| Definire un sistema integrato di gestione per la qualità e l'accreditamento | Sistema di gestione aziendale conforme ai requisiti richiesti | Integrare il SGQ con i requisiti di accreditamento ADI e altri setting assistenziali | Il sistema gestionale è concepito conformemente a tutti i requisiti cogenti e alla qualità |

| ESITI RILIEVI RACCOLTI NEL 2022 | | | |
|---|--|--|--|
| Tipologia di rilievo | Oggetto | Azione di miglioramento 2023 | Miglioramento Atteso nel 2023 |
| Dati relativi ai reclami | Nessun reclamo | Nessuna azione di miglioramento | // |
| Dati relativi alle indagini di rilevazione della customer degli operatori | La media delle risposte si è attestata a + 85% come da standard posto. Ciò, nonostante ci sono stati items meno performanti degli altri: | // | // |
| | <ul style="list-style-type: none"> Gli obiettivi, le strategie e le politiche del consorzio SISIFO NON mi sono note | Distribuzione Capillare di Piano strategico e Piano delle attività | Maggiore compliance con le strategie di crescita aziendali |

| | | |
|---|---|---|
|  | <p align="center">ALLEGATO PIANO DI MIGLIORAMENTO 2023</p> | <p>Codice documento: ALL.AQ 12/01 Emesso 01/09/2010 Rev.02 del 09.05.2023</p> |
|---|---|---|

| ESITI RILIEVI RACCOLTI NEL 2022 | | | |
|---------------------------------|---|--|--|
| Tipologia di rilievo | Oggetto | Azione di miglioramento 2023 | Miglioramento Atteso nel 2023 |
| | <ul style="list-style-type: none"> L'Organizzazione NON si fa carico della mia formazione professionale | Attuazione del Piano di Formazione 2022/2023 | Maggiore consapevolezza tecnica degli operatori |
| | <ul style="list-style-type: none"> Le misure adottate per la sicurezza e la salute dei collaboratori NON | Azione di informazione e formazione degli operatori sui rischi assistenziali della | Maggiore sicurezza nei comportamenti degli operatori |

| ESITI RILIEVI RACCOLTI NEL 2022 | | | |
|--|---|--|--|
| Tipologia di rilievo | Oggetto | Azione di miglioramento 2023 | Miglioramento Atteso nel 2023 |
| | sono ADEGUATE | mansione | |
| | <ul style="list-style-type: none"> La collaborazione tra i diversi settori della nostra Organizzazione NON è sempre soddisfacente | Incrementare gli incontri di equipe e di coordinamento | Migliorare il teambuilding |
| | <ul style="list-style-type: none"> Il dialogo con le Persone che hanno responsabilità di coordinamento delle mie attività NON é | Incrementare gli incontri di equipe e di coordinamento | Migliorare il teambuilding |
| Dati relativi alle indagini di rilevazione della customer degli assistiti e care giver | Nessuna criticità emersa ad eccezione una valutazione non totalmente positiva circa l'incapacità dell'operatore di non farsi condizionare sul lavoro dai problemi personali | Coinvolgimento di tutti gli operatori dom. al corso sulle tecniche di Counseling | Migliorare la gestione ed il controllo della propria emotività nella gestione dei pazienti |
| Dati relativi alle NC sull'utilizzo di strumenti e presidi | Nessuna NC segnalata | Coinvolgimento di tutti gli operatori dom. al corso su Incident Reporting | Incrementare le opportunità di analisi reattiva dei rischi |
| Dati relativi a segnalazioni di Near Miss | Nessuna segnalazione pervenuta | Coinvolgimento di tutti gli operatori dom. al corso su Incident Reporting | Incrementare le opportunità di analisi reattiva dei rischi |
| Dati relativi a segnalazioni di Eventi Avversi | Nessuna segnalazione pervenuta | Coinvolgimento di tutti gli operatori dom. al corso su Incident Reporting | Incrementare le opportunità di analisi reattiva dei rischi |

| | | |
|--|--|---|
|  | <p style="text-align: center;">ALLEGATO PIANO DI MIGLIORAMENTO 2023</p> | <p>Codice documento: ALL.AQ 12/01 Emesso 01/09/2010 Rev.02 del 09.05.2023</p> |
|--|--|---|

| ESITI RILIEVI RACCOLTI NEL 2022 | | | |
|--|--------------------------------|---|--|
| Tipologia di rilievo | Oggetto | Azione di miglioramento 2023 | Miglioramento Atteso nel 2023 |
| Dati relativi a segnalazioni di Eventi sentinella | Nessuna segnalazione pervenuta | Coinvolgimento di tutti gli operatori dom. al corso su Incident Reporting | Incrementare le opportunità di analisi reattiva dei rischi |
| Dati relativi alle segnalazioni di infezioni | Nessuna segnalazione pervenuta | Coinvolgimento di tutti gli operatori dom. al corso su Incident Reporting | Incrementare le opportunità di analisi reattiva dei rischi |
| Dati relativi a NON CONFORMITÀ nella gestione dei rifiuti e della sanificazione degli ambienti | Nessuna segnalazione pervenuta | Coinvolgimento di tutti gli operatori sulla corretta gestione dei rifiuti | Incrementare i controlli sui processi in outsourcing come le pulizie e la sanificazione degli ambienti e sulla corretta gestione dei rifiuti della ditta esterna e degli operatori domiciliari |

8. MONITORAGGI

- Obiettivo: il Piano deve essere revisionato almeno una volta l'anno da parte del Comitato Qualità
 - Valore Soglia: almeno 1 pianificazione l'anno
- Le modalità di monitoraggio del raggiungimento di tali obiettivi è descritto nel documento DR.POQ.03 Programma Raggiungimento obiettivo

9. ALLEGATI

- DR.POQ.03 Programma Raggiungimento obiettivo

Il Responsabile Qualità

