



Relazione semestrale del 16/01/2024

La presente Relazione ha lo scopo di:

- presentare un consuntivo del monitoraggio delle attività svolte nel secondo semestre del 2024 dalla S.Co.R.I.M.A.A.;
- illustrare gli esiti del Piano di Miglioramento elaborato dalla DA ad inizio anno.

L'attenzione della cooperativa si è concentrata sull'erogazione di servizi che soddisfino tutte le esigenze esplicite ed implicite del paziente attivando ogni possibile iniziativa per ridurre il disagio psico-sociale e assicurare piena accessibilità alle prestazioni, in un'ottica di innovazione e di miglioramento continui.

Le attività svolte in questo semestre hanno riguardato:

- il servizio alberghiero;
- il servizio socio-riabilitativo con annesso gradimento sull'efficacia-efficienza;
- l'ambito direzionale;
- l'ambito clinico e farmacologico;
- l'area della manutenzione attrezzature, impianti e automezzi;
- la gestione degli approvvigionamenti;
- la gestione del personale e la sua formazione;
- la gestione del rischio clinico;
- il servizio assistenziale.

Consuntivo monitoraggi

Il **Servizio Alberghiero** viene regolamentato dalla PG 05 e dal Piano delle attività e della qualità 2024.

Tutti gli operatori, come da Piano Annuale Pulizie, hanno effettuato le pulizie della struttura riportandole nella scheda mensile (M 56) e il lavaggio della biancheria annotato sulla Scheda Servizio Lavanderia (M 58) dalle quali si evidenziano anche i monitoraggi per verificare se sono state rispettate le tempistiche. Il monitoraggio effettuato sia nel mese di settembre che di dicembre (come da tabella allegata TMI 06) rileva il 100% di rispetto della pianificazione.

Per quanto riguarda il Servizio di Ristorazione, il numero dei pasti erogati viene registrato quotidianamente nel Registro Pasti Giornalieri (M 38). Dall'analisi di tale registro risulta che al 30 settembre 2024 sono stati erogati 2106 pasti e al 31 dicembre pasti 2036.



Per quanto concerne il Piano di Autocontrollo, sono stati effettuati la taratura dei frigoriferi e congelatore in data 22/05/2024 e un tampone HACCP il 13/06/2024 entrambi con esito conforme (come da tabella allegata TMI 06).

Non si evidenziano Non Conformità sui prodotti in accettazione.

Il **Servizio Socio-riabilitativo** viene regolamentato dalla PG 02 e dal Piano delle attività e della qualità 2024.

Le presenze ed assenze degli ospiti in regime residenziale e semiresidenziale vengono annotate in apposito Registro delle presenze (M 29) giornalmente dalla Direzione o dagli operatori di turno. Dal monitoraggio effettuato in data 30 settembre 2024 si evidenzia che sono stati presenti 10 ospiti in regime di residenzialità e 3 ospiti in regime di semiresidenzialità (come da tabella allegata TMI 05).

Dal monitoraggio effettuato in data 31 dicembre 2024 si evidenzia che sono stati presenti 10 ospiti in regime di residenzialità e 2 ospiti in regime di semiresidenzialità (come da tabella allegata TMI 05).

Non si sono registrati nel semestre ricoveri in SPDC mentre si è registrato 1 ricovero in altro reparto ospedaliero; si è verificato un episodio con necessità di intervento del 112, 1 dimissione e 1 nuova ammissione. Non ci sono stati nel semestre in questione dimissioni volontarie, TSO ed accettazioni. Nel mese di dicembre c'è stata una dimissione dal regime di day hospital. Pertanto si registra 1 vuoto semiresidenziale nell'ultimo trimestre (come da tabella allegata TMI 05).

La documentazione clinica di ciascun ospite è stata compilata in maniera corretta e completa e conservata in ciascuna Cartella Clinica (M 41). Il monitoraggio della completezza della documentazione clinica è stato effettuato nell'apposita scheda (M 73) e riportato nella TMI 05. Tutti i colloqui clinici sono stati riportati nel Registro dei colloqui psicologici e psichiatrici (M 69). Da tale registro risulta che al 31 dicembre sono stati effettuati colloqui per un totale di 485 (come da tabella allegata TMI 05).

Per quanto concerne le riunioni di équipe interna relative all'andamento clinico dei pazienti e all'organizzazione generale dei servizi erogati, sono state registrate nei verbali (M 13 a) numero 3 riunioni al 30 settembre e 4 riunioni al 31 dicembre (come da tabella allegata TMI 05). Le riunioni in presenza degli ospiti sono state 3 per l'intero semestre mentre le occasioni di incontro con i familiari sono state due (come da tabella allegata TMI 05).

Nel semestre in oggetto gli ospiti hanno partecipato alle attività riabilitative previste dal Programma mensile delle attività (M 31) e riportate nel Registro delle attività riabilitative collettive (M 32).



Non si sono verificati eventi avversi ed aventi sentinella (come da tabella allegata TMI 05).

La **somministrazione dei farmaci ed i controlli clinici** sono regolamentati dalla IO 02 e dal Piano delle attività e della qualità 2024.

Nel semestre in questione sono state gestite correttamente la registrazione e la somministrazione delle terapie farmacologiche. Sono stati inoltre regolarmente effettuati i controlli clinici pianificati per ciascun paziente per un totale di 156 controlli clinici al 31 dicembre (come da tabella allegata TMI 05).

Il **Servizio di manutenzione attrezzature, impianti e automezzi** viene regolamentato dalla PG 10 e dal Piano delle attività e della qualità 2024.

Nel semestre in questione risultano registrati tutti gli interventi di manutenzione pianificati sulle attrezzature, impianti e automezzi (Schede di manutenzione-monitoraggio attrezzature ed impianti M 17, Scheda manutenzione-monitoraggio automezzi M 18, Scheda controllo carrello di emergenza M 50, Scheda Defibrillatore M 51).

Su tali schede è previsto anche il monitoraggio dal quale si evidenzia che nel semestre in questione sono stati effettuati:

- 3 attività di manutenzione ordinaria impianti;
- 0 attività manutenzione straordinaria impianti;
- 264 attività di manutenzione attrezzature;
- 1 attività straordinaria attrezzature.
- 2 attività di manutenzione ordinaria automezzi;
- 5 interventi di manutenzione straordinaria automezzi.

Non si sono verificate emergenze ambientali.

(I dati suddetti sono stati riportati nella tabella allegata TMI 03).

Gli **Approvvigionamenti** sono regolamentati secondo quanto definito dalla PG 11 e nel Piano delle attività e della qualità 2024.

Nel semestre in questione sono state correttamente compilate le Schede Fornitori (M 24). La merce acquistata è stata registrata sul Registro carico-scarico (M 23). Non sono state riscontrate Non Conformità come da tabella allegata TMI 04.

La **Gestione del personale** è regolamentata dalla PG 09 e dal Piano delle attività e della qualità 2024.



L'attività formativa viene pianificata sul Piano annuale della formazione (M 62) in base alla rilevazione del fabbisogno formativo del personale (vedi Questionario fabbisogno formativo M 55) e alle esigenze organizzative della struttura. I corsi effettuati in questo semestre sono stati annotati sulla Scheda registrazione formazione e addestramento (M 12), sui verbali di formazione (M 13 b) ed elencati nella Scheda Operatore di ogni componente dell'équipe (M 14). I corsi di formazione effettuati nel semestre in questione sono stati 10 (con annessi verbali).

Il totale degli ECM conseguiti dalle figure professionali per il semestre in oggetto è rilevabile consultando la scheda **M 60**. La Direzione ha effettuato la valutazione delle competenze del personale tramite la Scheda valutazione delle competenze del personale (M 48); il punteggio di valutazione rilevato è positivo in quanto superiore al 50% (90%).

E' stata effettuata una nuova assunzione e sono stati accolti 2 tirocinanti.

La modulistica in materia è stata compilata correttamente.

Tutti i dati suddetti sono riportati nella tabella allegata TMI 02.

La **Gestione del rischio clinico** viene regolamentata dalla PG 04 e dal Piano Gestione Rischio Clinico.

Non sono stati registrati nel semestre in oggetto eventi avversi ed eventi sentinella come riportato nelle tabelle Scheda monitoraggio eventi avversi e sentinella (M 59) e TMI 05.

Il **Processo di rilevazione del gradimento del servizio** è regolamentato dalla IO 01 e dal Piano delle attività e della qualità 2024.

Dai dati del semestre in questione emerge un grado di soddisfazione degli utenti pari a 80,51% (in aumento rispetto al primo semestre). (come da tabella allegata TMI 01).

Per quanto riguarda il grado di soddisfazione dei familiari, la percentuale raggiunta è di 76,73% (come da tabella allegata TMI 01). Pertanto si evidenzia un lieve calo del grado di soddisfazione degli stessi.

Non risultano pervenuti reclami formali né dagli ospiti né dai familiari.

Per quel che riguarda l'indagine relativamente al clima aziendale che ci consente di poter misurare la soddisfazione del personale, dalle schede compilate si evince una percentuale di soddisfazione pari al 86,41% (come da tabella allegata TMI 01).

La valutazione del grado di soddisfazione dei tirocinanti è positiva (100%).

Per una lettura più dettagliata dei questionari si rimanda ai grafici Analisi semestrale questionari di soddisfazione.



Per quanto riguarda il **Processo relativo ai sistemi informativi e dati**, anche per questo semestre la nostra cooperativa è stata molto attenta nel gestire la sicurezza nell'accesso e tenuta dei dati, compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia di privacy, riservatezza e sicurezza delle informazioni al fine di documentare la tracciatura dei dati sanitari e la gestione e la trasmissione delle informazioni sia di carattere gestionale che sanitario. Tutto il personale è stato formato e applica le procedure per la gestione della sicurezza e riservatezza di informazioni e dati e lavora in accordo con quanto previsto dalle stesse.

Per quanto riguarda i **Rapporti con l'esterno**, la cooperativa porta avanti le relazioni con gli enti del Terzo Settore e del privato con cui stipula apposite convenzioni al fine di incrementare le attività riabilitative nell'interesse degli utenti, per un loro maggiore benessere ed una sempre più evidente inclusione socio-lavorativa. Nel secondo semestre sono state sottoscritte numero 3 convenzioni con soggetti terzi del territorio intra ed extra regionale.

Nel semestre in questione, sono state rispettate le norme sulla **Sicurezza** come previsto dal D. Lgs 81/2008; a tal proposito sono stati effettuati aggiornamenti sulla sicurezza con formazione interna. Non si sono verificati infortuni come rilevato dalla tabella allegata TMI 01 né emergenze ambientali come rilevato dalla tabella allegata TMI 03.

Nel semestre in questione, la cooperativa ha posto molta attenzione alla **Comunicazione interna ed esterna** come da PG 07 e IO 07.

Tutta la documentazione finora redatta (missione, piani, obiettivi, programmi di attività/risorse) è stata opportunamente diffusa a tutto il personale per favorirne la partecipazione. Sono state organizzate riunioni di équipe con l'obiettivo di informare il personale sull'andamento organizzativo interno e sull'andamento clinico dei pazienti, avere un feedback di ritorno dagli operatori e migliorare la circolazione delle informazioni per un clima aziendale soddisfacente. Allo stesso modo sono state effettuate riunioni con utenti e familiari relativamente alla qualità dei servizi erogati, alla sicurezza nell'erogazione delle cure, rendendoli partecipi e coinvolgendoli, attraverso il consenso informato, nella gestione del rischio clinico.

Per intensificare la comunicazione esterna sono state divulgate la Carta dei servizi e la brochure; inoltre sono state organizzate riunioni con MMG e rete territoriale.

Periodicamente sono stati aggiornati il sito e la pagina Facebook della cooperativa per dare visione dell'andamento generale del servizio e delle attività riabilitative realizzate con i pazienti.



L'**ambito direzionale** è regolamentato dalla PG 17 e dal Piano delle attività e della qualità 2024.

Per quanto riguarda le percentuali di incidenze delle uscite rispetto alle entrate, il valore rilevato è positivo per ciascun settore di spesa. Si registra un eccesso di spese extra, anche nel secondo semestre giustificato da:

- Partecipazione ad eventi di sensibilizzazione sul tema della salute nel territorio locale;
- Iscrizione a corsi di formazione/aggiornamento del personale per avvio di progetti riabilitativi innovativi;
- Migliorie dell'arredo degli ambienti della struttura;
- Organizzazione di uscite di gruppo a carattere ri-socializzante e culturale.

L'esito del monitoraggio semestrale può ritenersi più che soddisfacente visto che è stata rilevata 1 sola Non Conformità, con immediata azione correttiva.

Il S.G.Q. predisposto è risultato essere documentato, diffuso ed adeguato alle peculiarità stesse della struttura; in particolare la verifica ha dimostrato che tutte le Funzioni interessate sono risultate chiaramente motivate e coinvolte nel gestire il Sistema in conformità a quanto descritto nella documentazione predisposta.

Firma RSQ_____



Relazione obiettivi del Piano di Miglioramento

Al centro degli interventi la società S.Co.R.I.M.A.A. si è prefissata, ad inizio anno 2024, una serie di obiettivi con l'intento di:

- Migliorare i livelli di qualità realizzati, l'organizzazione interna e i processi aziendali;
- Aumentare la soddisfazione degli utenti;
- Implementare la rete assistenziale ed i partners.

POTENZIARE LA RETE DEI PARTNERS

Si promuove una campagna di sensibilizzazione e psico-educazione nelle scuole della provincia.

Non si raggiunge l'accreditamento per l'accoglienza di volontari del Servizio Civile nazionale.

POTENZIARE LA RETE TERRITORIALE E CLINICO-SOCIALE DI RIFERIMENTO

Viene potenziata la rete di riferimento con la sottoscrizione di 4 convenzioni con enti del territorio sia per l'accoglienza di tirocinanti sia per la promozione di attività riabilitative extra per l'utenza accolta.

I rapporti con i familiari si intensificano sia per quanto concerne le visite periodiche in struttura sia la partecipazione ad incontri comunità-famiglie.

MIGLIORARE I PROCESSI SOCIO-RIABILITATIVI

I progetti terapeutico-riabilitativi proposti coinvolgono tutti gli utenti in carico, con un livello di soddisfazione/gradimento degli stessi variabile a seconda della tipologia di progetto.

Si coinvolge solo un ospite nella formazione a scopo riabilitativo rispetto alle previsioni, ma per motivi non riconducibili alla nostra azienda (ritardo avvio corsi formativi regionali).

Soddisfacente la relazione con gli enti del Terzo Settore per finalità riabilitative, di promozione della socializzazione e di visibilità degli assistiti.

PROMUOVERE LA FORMAZIONE CONTINUA DEL PERSONALE

Tra le priorità della Direzione c'è la formazione ed aggiornamenti continui del personale interno. Sono state svolte sia la formazione interna che quella esterna (con rilascio di attestati). Il personale qualificato ha provveduto anche al conseguimento dei crediti ECM e crediti formativi come disposto dai relativi ordini professionali di appartenenza.



EROGARE PRESTAZIONI DI BASE E SOCIO SANITARIE

L'erogazione delle prestazioni assistenziali e sociosanitarie è avvenuta con regolarità come riportato nell'apposita modulistica; non si sono riscontrate Non Conformità dei prodotti acquistati.

MANUTENZIONE EDIFICIO, ATTREZZATURE E AUTOMEZZI

Regolari gli interventi di manutenzione impianti, attrezzature ed automezzi.

Sono state acquistate apparecchiature informatiche per migliorare il lavoro informatico e l'accesso al web al personale interno e agli utenti.

Si prefigge per il 2025 la restaurazione delle facciate esterne dell'edificio e la sostituzione degli infissi.

PROMUOVERE UNA GESTIONE EFFICACE DEL RISCHIO CLINICO

Il personale interno è stato aggiornato sulla gestione del rischio clinico a cui si potrebbe andare incontro e sulla compilazione dell'apposita modulistica in caso di eventi avversi.

PROMUOVERE UNA GESTIONE EFFICACE DEI PROCESSI AZIENDALI

L'azienda ha conseguito la certificazione di Qualità UNI EN ISO 9001:2015 in data 01/08/2024. Sono state svolte regolarmente le riunioni di équipe interna e le riunioni del Consiglio di Amministrazione.

Firma RSQ_____