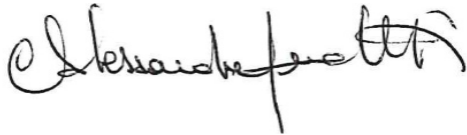


Report anno 2023

SERVIZIO C-DOM



Documento	Ruolo	Firma
Elaborato da	Direttore - Responsabile gestionale Del Re Elena	
Approvato da	Responsabile valutazione della qualità Lucchinetti Alessandra	
Data del documento	28.03.2024	

REPORT ADI anno 2023

PREMESSA

Dal 2023, chiusa l'emergenza sanitaria, l'ADI ha ripreso ad operare, portandosi comunque dietro molte delle criticità pre-esistenti, anche se la riforma sta gradualmente migliorando alcuni aspetti (presa in carico, tariffazione, integrazione socio-sanitaria).

Tuttavia il 2023 e anche questo inizio di 2024 è stato un periodo faticoso dal punto di vista organizzativo:

- per adeguarsi ai nuovi standard previsti dalla riforma
- per il susseguirsi di modifiche nei programmi di gestione e rendicontazione
- per l'incertezza rispetto ai corrispettivi (mancanza della notula mensile)
- per le difficoltà oggettive del controllo di gestione

Operativamente il cambio organizzativo era previsto dal 1.08.2023, ma è slittata al 1.01 2024 e non si è ancora completata.

Poiché l'ambito di Chiavenna è stato accorpato a quello dell'Alto Lario, da dicembre la cooperativa ha dovuto accreditarsi anche sull'Alto Lario, viceversa le organizzazioni che erano presenti in quel territorio hanno dovuto accreditarsi anche sulla Valchiavenna. Pertanto attualmente formalmente vi sono altri competitor, anche se operativamente non vi sono state assegnazioni ad enti diversi dall'Arca. Fortunatamente non si è evidenziata la necessità di operare nell'Alto Lario.

A poco più di un anno dalla Riforma ADI, che ha visto la riclassificazione del servizio da ADI in C-DOM, dal 1.12.2022, in attuazione della DGR 6867 del 2.08.2022. Il servizio è ancora in evoluzione. Dal 1.04.2023 sono stati riclassificati tutti profili, ma il passaggio a SGDT, spostato al 1.01.2024 è stato complesso e a oggi ancora fortemente carente. Molti mesi sono stati dedicati a risolvere problemi informatici, sia in sede di presa in carico che di rendicontazione e non sembra che la situazione si possa risolvere nel breve periodo. Pertanto sono stati rinviati sia l'adozione della cartella informatizzata sia la telemedicina.

A-AREA ECONOMICO-FINANZIARIA

Nel 2023 il servizio, grazie anche al nuovo sistema tariffario ha raggiunto una certa stabilità, anche se ancora lievemente sotto budget 441.830,00 vs 485.569,00 + 33.016,00 derivanti dal contratto di scopo, volto ad incrementare la presa in carico di pazienti +65 anni.

Dal punto di vista dei costi, sono aumentati quelli del personale per effetto dell'aumento contrattuale, per l'ampliamento della pianta organica, per l'elevato aumento dei rimborsi chilometrici, che in questa fase rappresentano una criticità ulteriore per i continui rincari dei carburanti.

B- PROCESSI AZIENDALI

FUNZIONAMENTO

La presa in carico da parte della Cooperativa, in base alle richieste del medico curante e l'attivazione da parte della EVM, è garantita entro le 72 ore salvo urgenze segnalate dal medico o dalla struttura ospedaliera (tali urgenze sono prese in carico entro le 24 ore). Il limite delle 72 ore

vale per le prestazioni di riabilitazione che possono essere attivate anche successivamente. Con la presa in carico la cooperativa procede, dopo l'analisi dei bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale, alla stesura del PAI, dove vengono specificati gli obiettivi dell'assistenza, gli interventi che verranno messi in atto per raggiungerli ed i tempi di realizzazione e il Referente del caso.

Il Servizio nel 2023 è stato garantito dalle 8.00 alle 16.00 di ogni giorno feriale (ed eventualmente anche sabato, domenica e festivi in caso di necessità), garantendo anche una reperibilità telefonica, retribuita, dedicata alla gestione diretta degli utenti in carico, 7 giorni su 7, dalle ore 9.00 alle ore 18.00 con possibili accessi domiciliari, ove il problema non fosse risolvibile telefonicamente.

L'infermiere reperibile, oltre che per le criticità relative a casi già in carico, è a disposizione per le urgenze:

- attivazione per dimissioni dall'ospedale
- richiesta di somministrazione terapie non differibili da parte del MMG/PLS

Gli Uffici dell'ADI sono aperti dal lunedì al venerdì per un totale di almeno 25 ore, più segreteria telefonica e reperibilità del Coordinatore fino alle 17.00.

UTENZA

L'ADI è rivolta a persone in situazione di fragilità, caratterizzata da:

- Non autosufficienza parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo
- Un'invalidità permanente
- Una condizione di non trasportabilità presso presidi sanitari ambulatoriali
- Una rete familiare di supporto o personale di assistenza
- Una condizione abitativa che garantisca la praticabilità dell'assistenza

Utenza

Nella successiva tabella vengono calcolate le persone fisiche (che possono aver usufruito nel corso dell'anno di più prestazioni/mix di profili) calcolate una sola volta.

Utenza	2020	2021	2022	2023
Utenti ADI	860	791	735	777

L'ADI è il servizio più conosciuto e che raggiunge un elevato numero di pazienti, tra estemporanee e profili, tra l'utenza fragile e non autosufficiente, supportando le famiglie che continuano a prendersi cura dei loro cari, a domicilio, pur con i limiti descritti in premessa. Il Servizio è molto apprezzato dall'utenza sia per la professionalità degli operatori, sia per la qualità delle prestazioni che rispondono in genere alle necessità dell'utenza.

Migliorata la collaborazione con i MMG. Sono in corso contatti con la medicina di gruppo per migliorare le forme di collaborazione.

OPERATORI

Il fabbisogno di operatori, durante tutto l'anno è parametrato rispetto al n. di pazienti e ai PAI attivati. In particolare l'équipe è composta da:

- 1 Responsabile gestionale del servizio
- 1 Medico Responsabile ADI e Fisiatra consulente
- 1 Medico specialista in medicina interna consulente
- 1 Coordinatore infermiere (care manager)
- 5 Infermieri
- 4 OSS all'occorrenza attinti dall'équipe del SAD
- 1 Psicologo

- 3 Fisioterapisti (+ 1 collaboratore per sostituzioni)
- 1 Educatore

L'organico infermieristico nel 2023 è risultato adeguato, tuttavia si prevede l'uscita per pensionamento di un'infermiera a fine marzo 2024, che andrà rimpiazzata

Qualche difficoltà persiste nel reperimento di FKT che possano dare una certa flessibilità, in quanto la richiesta di riabilitazione domiciliare è aumentata in maniera esponenziale, come la richiesta di visite fisiatriche finalizzate all'attivazione dei trattamenti di FKT domiciliare, in carenza di Fisiatri ASST.

Direzione e Coordinamento

-DIRETTORE RESPONSABILE GESTIONALE

- È responsabile del personale e opera in collaborazione con responsabile Risorse umane (reclutamento, selezione, inserimento, formazione)
- svolge attività di informazione e promozione del servizio
- si relaziona costantemente con la Direzione Socio Sanitaria e Generale dell'ATS /ASST per tutte le attività relative all'accreditamento e alla rendicontazione
- è referente per ATS rispetto al sistema informativo
- è responsabile della qualità del servizio
- è referente per gli aspetti contrattuali in collaborazione con l'Amministrazione

-MEDICO REFERENTE SANITARIO

- affronta e gestisce problematiche di natura sanitaria e supervisione la qualità dell'assistenza.
- Sottoscrive e valida procedure e protocolli in uso e vigila sulla loro corretta applicazione
- affronta i problemi organizzativi e fornisce un supporto al personale socio-sanitario quando necessario.
- assicura un'adeguata verifica della corretta conservazione/manutenzione dei materiali sanitari e attrezzature in uso all'équipe.
- Assicura il coordinamento delle attività di prevenzione e sicurezza legati alla pandemia, monitorando la disponibilità e il corretto utilizzo di DPI e norme igienico sanitarie.

Il medico referente è stato sostituito a dicembre, dalla Fisiatra che ha assunto la Direzione del nuovo servizio C-DOM.

-CONSULENTI MEDICI

La cooperativa ha in essere contratti di collaborazione professionale o occasionale per la consulenza fisiatrica e internistica.

Occasionalmente ci si avvale di una consulenza chirurgica, per il trattamento di lesioni particolarmente critiche.

-CARE MANAGER

Il care management rappresenta una metodologia di organizzazione dei servizi sanitari basata sulla centralità dell'utente, avente l'obiettivo della massima integrazione degli interventi richiesti, erogati secondo le regole di appropriatezza, perseguendo la migliore qualità possibile.

Il Care manager gestisce la fase di accoglienza e di presa in carico dell'utente da parte del servizio, raccoglie i dati e predisponde le azioni necessarie alla programmazione e condivisione del piano di assistenza da parte dell'équipe e dell'utente, organizza le risorse indirizzandole verso gli obiettivi programmati.

Il Care manager coincide con l'Infermiere Professionale Coordinatore, che garantisce il

coordinamento dell'equipe, l'integrazione interprofessionale, la stesura dei PAI in collaborazione con il referente del caso, delle verifiche, dei verbali delle riunioni d'equipe e di lavoro. Garantisce inoltre il rapporto con i servizi socio sanitari della rete. Verifica che la documentazione socio sanitaria (FASAS) sia correttamente compilata.

Il Coordinatore vigila anche perché i lavoratori si avvalgano delle misure di sicurezza (anche per COVID) in conformità con le norme vigenti, comunque, indispensabili a prevenire eventuali infortuni e segnala eventuali condizioni di rischio alla Direzione.

-CASE MANAGER

Ad ogni utente viene assegnato un referente (case manager). Il case manager è colui che segue uno specifico caso, curandone l'andamento, pertanto si configura come strumento di integrazione tra gli operatori che ruotano sul caso, in stretta collaborazione con il MMG, garantendo l'unitarietà del processo di cura. L'unitarietà e la globalità della presa in carico permettono di personalizzare la risposta terapeutica e di evitare che l'ADI si configuri come mera erogazione di prestazioni.

Il case manager è responsabile del caso (Infermiere professionale o fisioterapista) ed assicura la valutazione al momento della presa in carico del paziente, i relativi aggiornamenti e la puntuale registrazione delle prestazioni e osservazioni nel FASAS, governa il percorso di cura fino alle dimissioni, segnalando la eventuale necessità di rivalutazione, cambio di profilo, rinnovo del voucher e di coinvolgimento di altre figure professionali /specialisti/servizi. Egli mantiene un rapporto costante con la famiglia del paziente, sostenendola nel percorso di cura e mettendola in condizione di accudire la persona, fornendo la necessaria informazione/educazione sanitaria al fine di rendere la persona e la sua rete primaria di riferimento, consapevoli delle implicazioni connesse alle condizioni del malato e di assolvere il proprio compito di cura. Importante in questo caso la relazione con la famiglia al fine di ricondurre la rete di supporto all'interno di un modello di intervento coerente, omogeneo e omnicomprensivo.

A seconda della fase di malattia (acuta, cronica), del grado di compromissione delle condizioni del paziente e della validità/presenza della rete di supporto, il *case manager* individuerà il percorso più opportuno e solleciterà il *care manager* ad attivare nuove risorse/servizi a supporto del caso e in previsione della conclusione dell'intervento.

Il case management prevede un adeguamento del ruolo dell'IP/FKT che diventa una figura capace di valutare i bisogni, di pianificare gli interventi e di mantenere livelli elevati di efficienza e di collaborazione tra gli operatori coinvolti sul caso. Il case manager accompagna il paziente nel percorso di cura, anche quando è ricoverato, fornendo al reparto le informazioni sul paziente e collaborando nella fase di dimissione.

-ATTIVITA' INFERMIERISTICHE

Gli IP sono in servizio di norma dalle 8.00 alle 12.00/13.00, nel pomeriggio fino alle 18.00 sono disponibili attraverso una reperibilità che prevede il pronto intervento, per coprire le ore di servizio previste dall'accreditamento (49 ore settimanali per l'ADI e 49 ore settimanali) e le necessità urgenti dei pazienti.

Gli IP assicurano le prestazioni infermieristiche necessarie per soddisfare i bisogni dei pazienti: medicazioni, prelievi venosi, gestione CV, somministrazione terapie ev e sc secondo le indicazioni del MMG e secondo i protocolli previsti. Essi partecipano alle riunioni d'equipe contribuendo all'elaborazione dei PAI e delle verifiche.

-ATTIVITA' RIABILITATIVE

Per quanto riguarda le attività riabilitative il Servizio si avvale di professionisti che oltre alla valutazione e tenuta della documentazione sanitaria, la partecipazione alle riunioni d'equipe, e alla stesura dei PAI e delle verifiche, garantiscono le prestazioni di competenza:

-Fisioterapista, che garantisce trattamenti di rieducazione motoria, volte al mantenimento e all'incremento delle capacità motorie attraverso attività individuali. Garantisce inoltre la valutazione rispetto alla prescrizione degli ausili e dell'adattamento ambientale, l'addestramento

all'uso degli ausili e alla mobilitazione/trasferimenti. Garantisce anche trattamenti di rieducazione respiratoria, bendaggi e tutte le prestazioni di competenza erogabili attraverso l'ADI.

I fisioterapisti sono iscritti al nuovo Albo previsto per le professioni sanitarie.

-Logopedista, collaboratore della cooperativa, per i trattamenti rivolti a minori, adulti e anziani che necessitano di valutazione delle alterazioni del linguaggio di tipo afasico e disartrico; valutazione della disfagia e trattamenti di rieducazione al linguaggio

-Psicologo esperto in psicoterapia e neuropsicologia

L'intervento dello psicologo prevede azioni rivolte al paziente, alla sua famiglia, ai *caregiver* e agli operatori dell'équipe.

Lo psicologo supporta la persona e la famiglia nell'instaurare una collaborazione con gli operatori dell'équipe.

Lo psicologo offre uno spazio e un contesto di elaborazione dei sentimenti e dei vissuti relativi alla malattia, volto alla riorganizzazione psicologica della propria identità e all'elaborazione dei lutti progressivi legati alla perdita delle funzioni fisiche. Sostiene i *caregiver* nel percorso di cura.

Inoltre interviene per valutazioni e trattamenti di riabilitazione cognitiva per ottimizzare il recupero delle abilità cognitive danneggiate e il potenziamento delle abilità neuropsicologiche.

- ATTIVITA' SOCIO ASSISTENZIALI E SOCIO SANITARIE

Gli **ASA/OSS**, in carico al SAD e utilizzati per l'ADI, garantiscono tutte le prestazioni socio assistenziali e socio-sanitarie volte a sostenere e stimolare le capacità degli utenti (cure personali, bagno o spugnatura, gestione dell'incontinenza, i cambi dei presidi di assorbimento e la prevenzione di decubiti o quantomeno delle lesioni da pressione, arrossamento o eritemi da pannolone, come previsto dai protocolli).

Su indicazione del FKT, quando previsto dal PAI, le ASA/OSS eseguono la mobilitazione e i passaggi posturali degli utenti con disabilità motoria, anche attraverso l'uso di ausili personali o del sollevatore (ove necessario) e il supporto alla mobilità spontanea dell'utente e l'accompagnamento degli ospiti a rischio di cadute, utilizzando tutte le necessarie misure previste dai protocolli.

Gli ASA/OSS collaborano alla valutazione delle esigenze socio assistenziali dell'utente e all'elaborazione del PAI e relative verifiche.

Gli **OSS**, su indicazione dell'infermiere e sotto la diretta supervisione forniscono:

- aiuto, complementare o in autonomia per alcune prestazioni alle attività di assistenza dell'infermiere (medicazioni semplici, bendaggi, fasciature, microclismi senza sonda) per il miglioramento delle condizioni di vita, igieniche, di mobilità e relazionali del paziente
- rilevazione dei parametri vitali (temperatura corporea, frequenza respiratoria, cardiaca, peso)
- formazione sanitaria, per quanto di sua competenza, rivolta alla famiglia e al paziente
- monitoraggio di alcuni sintomi (in collaborazione con l'infermiere di riferimento).

Negli ultimi due o tre anni si è molto ridotto l'utilizzo della figura dell'ASA/OSS, che viene attivata dalla CVD quasi esclusivamente per addestramento dei *caregiver*. Pertanto si ricorre all'équipe del SAD per coprire le necessità del servizio. Le ASA/OSS garantiscono tutte le prestazioni socio assistenziali volte a sostenere e stimolare le capacità degli utenti. In particolare garantiscono la gestione dell'incontinenza, i cambi dei presidi di assorbimento e la prevenzione di decubiti o quantomeno delle lesioni da pressione, arrossamento o eritemi da pannolone, come previsto dai protocolli.

Quando richiesto garantiscono il bagno settimanale comprensivo della cura dei capelli e delle unghie. Ove necessario segnalano all'OSS esperta in Pedicure curativo, la necessità di interventi mirati.

Su indicazione del FKT, quando previsto dal PAI, eseguono la mobilitazione e i passaggi posturali degli utenti con disabilità motoria, anche attraverso l'uso di ausili personali o del sollevatore (ove necessario) e garantiscono la mobilità spontanea dell'utente e l'accompagnamento degli ospiti a rischio di cadute, utilizzando tutte le necessarie misure previste dai protocolli.

Le ASA, con il supporto del coordinatore, collaborano alla valutazione delle esigenze socio

assistenziali dell'utente e all'elaborazione del PAI e relative verifiche.

ATTIVITA' EDUCATIVE

Nell'ADI è prevista la figura dell'Educatore, su richiesta dell'ATS, su specifici progetti, ma fino ad oggi non è stato mai richiesto. Viene utilizzata solo per i voucher B1.

IL PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO

Sulla base della valutazione del paziente riguardo ai molteplici aspetti della persona, che permette l'identificazione dei bisogni, le caratteristiche dell'utente/famiglia e la sua *compliance*, effettuata mediante l'osservazione, la compilazione di scale e di specifiche domande, viene elaborato il PAI.

Il PAI è il documento che sintetizza la pianificazione degli interventi ed è l'aspetto centrale della funzione del case manager, che deve cercare una coordinazione degli interventi secondo criteri di appropriatezza, adeguatezza ed economicità, che concorrono alla realizzazione degli obiettivi, evitando sprechi di risorse umane e materiali.

Il monitoraggio continuo del PAI, consente di adeguare l'intervento all'evoluzione dei bisogni, attraverso la rilevazione continua di informazioni, permettendo di stabilire l'efficacia del trattamento, la corrispondenza dello stesso agli obiettivi e di risolvere gli eventuali problemi, ricercando le soluzioni più appropriate. La funzione del case manager è quella di individuare le problematiche specifiche di ogni caso e di organizzare con il paziente la gestione delle difficoltà per minimizzare l'impatto, evitando le ricadute e riuscendo a ridurre i problemi.

A fine intervento il case manager valuta l'esito e il raggiungimento o meno degli obiettivi prefissati e il gradimento da parte dell'utenza.

C-VALUTAZIONE DELLA QUALITA' E DEGLI OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO

Il servizio ha sempre rispettato gli standard previsti dall'accreditamento, sia dal punto di vista gestionale che organizzativo.

Il personale è conforme agli standard e adeguatamente preparato e costantemente aggiornato sui temi della sicurezza e su argomenti professionali e mantiene l'aggiornamento ECM in autonomia.

Il servizio è tempestivo e flessibile e risponde adeguatamente alle richieste.

Qualche difficoltà in alcuni periodi nell'attivazione dei servizi di FKT, per carenza di risorse.

Gli obiettivi relativi all'appropriatezza sono stati raggiunti e anche i minimi obiettivi previsto nel 2023.

Il Rapporto con gran parte dei MMG durante l'epidemia è stato ed è molto difficile, sia per la carenza di medici, che per la limitata presa in carico dei pazienti. Di fatto il paziente resta in carico alle infermiere ADI. Verso fine anno si è aperto qualche spiraglio con l'arrivo di qualche nuovo medico.

La verifica dell'andamento del servizio e dei singoli casi, viene elaborata periodicamente attraverso:

- verifica d'équipe rispetto ai singoli PAI
- relazione annuale di sintesi dei dati ADI

La verifica del programma di lavoro e degli obiettivi prefissati viene elaborata e discussa annualmente, dalla Direzione e discussa con il CdA, in sede di approvazione del nuovo Piano annuale.

L'ADI è un servizio molto centrato sulla prestazione sanitaria, che viene attivato in modo piuttosto rigido. Occorrerebbe una maggior **flessibilità**, non tanto sull'articolazione e sull'organizzazione che già sono flessibili, quanto sulla presa in carico. Anche nel 2023 questo aspetto ha rappresentato un problema soprattutto in caso di dimissioni e di presa in carico di pazienti con nuclei familiari assenti o fragili, anche se è notevolmente migliorato il canale di segnalazione dei casi sociali

CUSTOMER

I dati della customer interna sono positivi, non si sono riscontrate criticità particolari né sono pervenuti reclami.

La customer riferita agli operatori ha dato buoni risultati.

RISULTATI QUALITA'

I risultati degli obiettivi specifici sono indicati alla successiva tabella:

CRITICITA'/ESIGENZE	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	RISULTATI
MIGLIORAMENTO DELLA PRESA IN CARICO	<p>Migliorare la presa in carico del paziente, dall'avvio del servizio alle dimissioni, accompagnando il paziente e la famiglia nel percorso di cura e nell'individuazione delle soluzioni più appropriate al caso.</p> <p>Sperimentare modalità di dimissioni protette.</p>	<p>-Affinare la valutazione socio sanitaria, attraverso momenti di formazione interna allargando il campo di osservazione e affiancando una valutazione sociale, delle reti di supporto e delle condizioni di sicurezza.</p> <p>-Coordinamento con la filiera interna, UdP e altri servizi (ex CPS) - ASST</p> <p>-Sperimentazione dei profili ad alta intensità per dimissioni protette e dei profili prestazionali per il monitoraggio dei cronici/addestramento caregiver</p> <p>-Introduzione della Cartella informatizzata</p>	<p>Annotazione nel FASAS della richiesta di valutazione sociale/intervento</p> <p>N. segnalazioni</p> <p>Evidenza dei contatti e dei risultati</p> <p>n. interventi in rete attivati</p> <p>Attivazione di dimissioni protette e monitoraggio</p> <p>n. interventi attivati</p>	<p>PARZIALMENTE RAGGIUNTI</p> <p>Migliorata collaborazione con UdP</p> <p>Da formalizzare i passaggi</p> <p>RAGGIUNTO</p> <p>Anche se dipende dai medici che hanno in carico il caso in Ospedale</p>
VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI E DELLE RISORSE UMANE	<p>Valutazione della qualità del servizio</p> <p>Migliorare la diffusione della customer satisfaction diretta da parte della cooperativa</p> <p>Valutazione del personale neo assunto e periodica del personale</p>	<p>Indicatori di qualità</p> <p>Verifica risultati PAI</p> <p>Elaborazione nuovo questionario</p> <p>Raccolta dati/risultati</p> <p>Report annuale</p> <p>Elaborare/rivedere gli strumenti in uso</p>	<p>Documentazione</p> <p>N. questionari/N. utenti</p> <p>Grado di soddisfazione</p> <p>Compilazione 100% delle Schede di valutazione</p>	<p>PARZIALMENTE RAGGIUNTI</p> <p>Customer diretta attivata, anche se non sono molti a rispondere ai questionari.</p>

COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE/CAREGIVER E SOSTEGNO NEL PERCORSO DI CURA	<p>Maggior attenzione alle modalità operative finalizzate a coinvolgere le persone assistite, i loro familiari nelle scelte clinico assistenziale al fine di preservare e favorire i rapporti fiduciari.</p>	<p>Coinvolgimento del paziente e caregiver dalla valutazione alla stesura del PAI</p> <p>Corretta informazione/educazione del paziente e caregiver</p>	<p>Evidenza del coinvolgimento nel PAI e nel Diario del FASAS</p>	<p>RAGGIUNTO</p>
FORMAZIONE NUOVI SISTEMI INFORMATIZZATI FORMAZIONE SULLE NUOVE PROCEDURE FORMAZIONE OBBLIGATORIA	<p>Formare tutti gli operatori dell'equipe all'utilizzo dei nuovi sistemi informatizzati (cartella informatizzata- telemedicina)</p> <p>Formare l'equipe all'utilizzo efficace degli strumenti di valutazione/programmazione</p> <p>Prevedere la formazione triennale obbligatoria</p> <p>Prevedere formazione e aggiornamenti obbligatori</p>	<p>Formazione tecnica on line</p> <p>-Protocolli -Valutazione e costruzione PAI -Privacy</p> <p>Formazione specifica per: -umanizzazione delle cure -comunicazione col paziente/ caregiver/equipe</p> <p>- Sicurezza - BLS - Rischio clinico</p>	<p>PdF Attestati di frequenza</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100% personale coinvolto</p>	<p>PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p> <p>Fatta una prima formazione su cartella informatizzata poi sospesa per difficoltà del sistema rinviata al 2024</p> <p>RAGGIUNTO</p> <p>Effettuata Formazione Sicurezza, BLS e formazione di base rischio clinico</p>

DIFFICOLTÀ A COINVOLGERE I MEDICI DI BASE NELL'INTERO PROCESSO DI PRESA IN CARICO.	<p>Maggiore coinvolgimento dei MMG nel servizio</p> <p>Rivedere modalità di comunicazione</p>	<p>Mantenere uno scambio telefonico costante sul caso.</p> <p>Incontro con MMG del Gruppo Medici associati per modellizzare la collaborazione</p> <p>Lettera a tutti i MMG/PLS per illustrare il servizio e la disponibilità alla collaborazione</p>	<p>Scambi con MMG registrati su FASAS</p> <p>N. contatti</p> <p>Evidenza</p>	<p>RAGGIUNTO</p> <p>Organizzato incontro con Gruppo MMG , molto positivo</p>
CONSOLIDAMENTO E AMPLIAMENTO DEL SERVIZIO	<p>Far conoscere maggiormente il servizio</p> <p>Proporre nuove iniziative di sviluppo del servizio</p> <p>Ampliare il volume di produzione dei servizi C-DOM</p> <p>Programmare l'estensione del servizio su Alto Lario</p>	<p>Promozione del servizio attraverso attività di comunicazione (Carta del servizio, pubblicità, sito web, incontri formativi, ecc.)</p> <p>Pubblicità mirata a specifici target (ex.Medici,Farmacie,Ospedale,ecc)</p> <p>Reperimento figure professionali necessarie a garantire lo sviluppo del servizio e i eventuali servizi privati collegati.</p> <p>Integrare la pianta organica con le figure carenti</p>	<p>Materiale e iniziative promozionali</p> <p>% aumento produzione</p> <p>1 FKT-1 Educatore</p>	<p>NON RAGGIUNTO</p> <p>PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p> <p>Reperito Educatore, no FKT</p>
NECESSITÀ DI UNA MAGGIORE INTERAZIONE CON IL TERRITORIO.	<p>Mantenere e potenziare le relazioni con il territorio, con la rete dei servizi e con le organizzazioni del terzo settore</p>	<p>Aprire dei tavoli tematici, incontri strutturati con la rete dei servizi/terapia del dolore, e rete cooperative e rete TS</p>	<p>N. interventi/incontri,</p>	<p>Direzione Coordinatore Resp. GRU</p>

EDUCAZIONE ALLA SALUTE	<p>Sensibilizzare le fasce a rischio sui temi inerenti la salute e la promozione di comportamenti e stili di vita sani</p> <p>Migliorare la <i>compliance</i> nel caso di malattie croniche</p>	<p>Attivare iniziative informative sui temi della salute e della prevenzione, anche in collaborazione con ASST</p>	<p>Attivazione di comunicazioni pubbliche e percorsi informativi</p> <p>N. incontri/eventi</p>	<p>NON RAGGIUNTO</p>
IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT	<p>Diffondere la cultura della sicurezza</p> <p>Garantire la sicurezza del paziente e migliorare la qualità dell'assistenza.</p>	<p>Formazione dell'equipe</p> <p>Costruire un sistema di gestione del rischio clinico (strategie/strumenti)</p>	<p>Almeno 1 corso su Rischio clinico</p> <p>Evidenza compilazione modelli/strumenti</p> <p>N. modelli compilati</p>	<p>PARZIALMENTE RAGGIUNTO</p> <p>Corso strutturato rinviato al 2024</p>

