RELAZIONE PIANO QUALITA' E SICUREZZA ANNO 2025

PIANO QUALITA' E SICUREZZA 2026 I VICINI DI CASA

AREA SOCIOSANITARIA

Revisione	Data	Redatto ed approvato da
4	15\02\2026 Humanitas S.c.S. Onlus Via N.Sauro , 11 - 59100 Prato C.F 01953700489 P.iva 00276220977 Tel .0574-4471300	Referente Rischio Clinico e Accreditamento Dott. Andrea Barni Firma:

Humanitas
every cloud has a silver lining

IL CONTESTO ORGANIZZATIVO

La presente relazione riguarda la valutazione del Piano Qualità e Sicurezza 2024 della struttura della CAP I VICINI DI CASA , struttura accreditata ed autorizzata di tipo sociosanitario facente capo alla legge 41\2009, al **Regolamento 11 agosto 2020, 86/R** di attuazione della l.r. n. 82/2009 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato) e alle **Deliberazioni di Giunta regionale 245 del 15 marzo 2021 e s.m.i. (delibere di giunta regionale 289/2021, 918/2021 e 1239/2021)** che definiscono le procedure e i requisiti per l'Accreditamento.

- **COMUNITA' ALLOGGIO PROTETTO I VICINI DI CASA** sita in Carmignano via Montalbiolo 40 – 17 POSTI LETTO

RELAZIONE 2025

La riorganizzazione effettuata a seguito delle indicazioni previste dal piano di crisi elaborato nel 2023 ha portato all'eliminazione della figura del Responsabile d'Area, tutto ciò oltre ad una importante riduzione dei costi generali di coordinamento, ha comportato benefici nella gestione operativa favorendo una gestione omogenea e trasversale di altre funzioni (coordinamento educativo e inserimenti e coordinamento del personale). Tale riorganizzazione ha visto molte funzioni accentrarsi a caduta sulla figura del Coordinatore Educatore rendendo quest'ultimo profilo ancora più centrale nella gestione complessiva del funzionamento della cooperativa e rendendone necessaria una ridefinizione delle mansioni e competenze. Tuttavia, nel corso dei mesi sono emerse diverse criticità derivanti dal suddetto riassetto, da un lato emergono funzioni che ancora ad oggi si scoprono vacanti e che devono essere riassegnate dall'altro la mancanza di una figura che unificava molte attività porta con sé il rischio di compartimentare eccessivamente la gestione di ogni singolo servizio.

Notevoli difficoltà si sono riscontrate nel reperimento di alcune figure professionali, quali OSS, e più ancora Educatori Professionali Sanitari e Pedagogici e infermieri, nonostante l'attivazione dei più diversi canali di reperimento di risorse umane qualificate. Sono state attivate la ricerca tramite annunci presso i Centri per l'Impiego, l'Università di Firenze, le principali Agenzie Interinali del territorio e recentemente con gli Albi professionali. Per quanto riguarda gli OSS è stata istituita una stabile collaborazione con gli Istituti scolastici superiori ad indirizzo sociosanitario ed il settore Formazione della ASL. Oltre a quanto descritto si è mantenuto costante il monitoraggio delle domande di lavoro giunte spontaneamente in cooperativa oltre a quelle reperite con il metodo del "passaparola". Le collaborazioni e gli accordi citati nel corso dell'anno 2026 saranno ulteriormente estesi e rafforzati pur consapevoli che il fattore principale della difficoltà di reperimento delle diverse qualifiche di Educatore Professionale deriva da una evidente distanza tra la fruibilità dei corsi universitari e la richiesta del mercato del lavoro. In particolare, critico risulta il reperimento di Educatori Professionali Sanitari figura strategica per la Cooperativa non solo in quanto richiesto all'interno delle convenzioni sanitarie ma anche perché attualmente serbatoio obbligato per l'individuazione dei Coordinatori Educatori figura centrale, come visto, nella gestione delle strutture e nel funzionamento generale della Cooperativa. A tal proposito la riflessione attualmente in corso prevede la sperimentazione di una figura di Coordinatore che possa accorpare più servizi, incentivando una gestione maggiormente uniforme delle strutture e riducendo il numero di figure necessarie per tale ruolo anche in risposta alle criticità sopra citate. Altrettanto auspicabile sarebbe riuscire ad interagire, in modo coordinato con le Associazioni di Rappresentanza competenti, nei confronti della committenza da un lato e con le Istituzioni dall'altro al fine modificare le norme che regolano in modo troppo stringente l'individuazione di figure professionali atte al Coordinamento e Gestione delle strutture accreditate.

L'aumento progressivo e crescente delle condizioni di fragilità dell'utenza inserita, così come quelle di utenti più recentemente inviati dal servizio, sembra indicare la necessità di una maggior copertura infermieristica rispetto a quella attualmente riconosciuta dagli attuali contratti con il Servizio Inviante.
L'introduzione del servizio infermieristico interno ha rappresentato un elemento certamente migliorativo per l'ambito in oggetto, e non solo. Sono diminuite le criticità legate a problemi

organizzativi e di turnazione nelle strutture, grazie all'introduzione del ruolo del coordinatore infermieristico. In seno a questa riorganizzazione il coordinatore infermieristico ha mantenuto la funzione di referente ICA di tutta la Cooperativa. All'interno del Gruppo Qualità e Sicurezza il referente rischio clinico ha mantenuto la funzione di coordinatore ICA. Il coordinatore infermieristico è entrato attivamente a far parte della Rete Qualità e Sicurezza della Cooperativa. A partire da Settembre 2025 il coordinatore infermieristico è stato sostituito da una altra infermiera dipendente della Cooperativa al rientro dalla maternità. Questo avvicendamento è stato positivo in quanto l'infermiera al rientro aveva una passata e prolungata esperienza in questi servizi, e ciò ha respo possibile portare avanti il lavoro sul piano organizzativo per la copertura dei turni alla luce delle crescenti criticità di reperimento del personale. E' stata attivata una collaborazione con Pubblica Assistenza per la somministrazione di personale infermieristico esterno, per cercare di ovviare alla non sempre sufficiente disponibilità degli infermieri a P.IVA e alla mancanza di personale infermieristico disponibile all'assunzione diretta anche a tempo indeterminato. A partire da Marzo 2025 è stato introdotto il medico interno (6 ore in media al mese), mentre da Settembre 2025 è stato organizzato un servizio di fisioterapia di gruppo a cadenza settimanale.

Nel corso del 2025 la Cooperativa, nonostante le difficoltà finanziarie, è riuscita ad elaborare un piano formativo in grado di soddisfare le richieste del Servizio inviante e i fabbisogni formativi derivanti dalle indicazioni del personale coinvolto nei servizi. Rispetto alla formazione obbligatoria ha rispettato tutte le scadenze di aggiornamento e nuovi corsi grazie anche al cospicuo contributo ottenuto da Fon-Coop; ha iniziato a riordinare e potenziare la formazione Antincendio in linea con la disponibilità di date per esame presso i VVFF; ha concluso la formazione sulla gestione dei protocolli di gestione delle emergenze, della cura della relazione e dei comportamenti problema per tutta l'area socio-sanitaria. Rispetto alla formazione sulle competenze e sviluppo progettuale sono stati realizzati tutti i corsi in programma: SH Visiting, Social Skills, ADHD, Autismo, Rischio Aggressione e infine Borderline ed Etnopsichiatria presso il DSM di Prato.

Il lavoro si è diretto principalmente verso la definizione e il miglioramento delle pratiche sui singoli rischi assistenziali, così come definiti dalla delibera regionale 918 del 06\09\2021 – Allegato D, anche in vista della scadenza del rinnovo dell'attestazione del possesso dei requisiti ed indicatori (scadenza 15 marzo 2025).

Per quanto riguarda l'inserimento di utenti nelle strutture dell'area sociale i rapporti sono con la Società della Salute Area pratese che autorizza gli inserimenti presso le CAP Villa Bordoni e Vicini di Casa e l'appartamento di Via Redi.

L'applicazione nel corso del biennio 2024-2025 delle nuove convenzioni ha permesso di verificare la funzionalità e sostenibilità dei vari servizi. Sono attualmente in corso valutazioni sulle sostenibilità di alcune strutture anche in funzione di un'eventuale conversione o sostituzione.

Nel corso dell'anno tutti i nostri servizi residenziali dell'area sanitaria sono stati oggetto di verifica da parte della "UFSD Vigilanza e controllo strutture sanitarie e sociali", verifiche sulla parte documentale della struttura, su personale e attrezzature sanitarie e che si sono risolte con l'invio del materiale richiesto; più complessa l'ispezione della "Commissione Multidisciplinare Vigilanza USL TC" presso la struttura "I Vicini di casa" che ha rilevato diverse criticità soprattutto in relazione all'ambito sanitario/infermieristico: farmaci LASA e scorte, contenzioni, conservazione ossigeno, accessi del MMG. Anche dalle VII la gestione farmaci, così come la tenuta della documentazione educativa, continuano a risultare gli ambiti più critici; la riorganizzazione dei nostri sistemi di archiviazione e condivisione online dovrebbe aiutarci a migliorare anche questi aspetti, resta da attivare il percorso ipotizzato con GeCaS per implementare il sistema di reportistica dei dati e per SharePoint di ridefinizione dell'indice dei siti.

Humanitas
very cloud has a silver lining

VERIFICA OBIETTIVI ED AZIONI PROGRAMMATE 2025

OBIETTIVI 2025

N° azione	Descrizione	Modalità di verifica	Fonte	Standard	VALORE
1	Sistema di tracciamento diffusione Procedure e buone pratiche	Presenza verbale di riunione responsabili con presentazione Mod.VCD-SQ	Documentale	1 verbale	**Verbale Riunione Responsabili**
2	Diffusione Procedure o Protocolli	n. di procedure o protocolli diffusi	Mod.VCD-SO	>\=3	**1**
3	Acquisto bilancia per pesatura ospiti non deambulanti	Controllo interno struttura	Ambienti ed attrezzature	100% ospiti pesati con il nuovo strumento	**100%**
4	Registrazione in un modulo unico del peso di tutti gli ospiti	Controllo interno struttura	Mod.MMP-SO	100% registrazioni per ospite	**100%**
5	Condivisione progetti	Verbali o attestazione di condivisione con utente\tutore – servizio entro i 6 mesi	Cartella Utente	100% per ogni utente al mese indice	**100%**
6	Condivisione Verifiche	Verbali o attestazione di condivisione con utente\tutore – servizio entro i 6 mesi	Cartella utente	100% per ogni utente al mese indice	**100%**
7	Introduzione aggiornamento Check list organizzativa	Report annuale	Mod. CL CAP-SO	100% aggiornamento – 100% compilazione	**100%** **50%**
8	Introduzione Check list infermieristica	Report annuale	Mod. CLI-SO	100% aggiornamento – 100% compilazione	**100%** **100%**
9	Registrazione Monitoraggio uso contenzioni	Controllo cartella utente	Mod.SMC-SO	100% indicazioni presenti\utente	**100%**
10	Formazione sulla Cura della Relazione	Attestato di partecipazione alla formazione	Registro del personale	90% del personale assunto da più di 6 mesi	**33%**

11	Registro eventi avversi	Report annuale	Incident Reporting	100% aggiornamento\utente	**100%**
12	Identificazione utenti: cartellino con nome sul letto	Controllo Interno Struttura	Ambienti e Attrezzature	Presenza cartellini 100%	**100%**
13	Riduzione Rischio caduta: intervento antiscivolo su pavimento bagni	Controllo Interno Struttura	Ambienti	100% bagni utenti con intervento realizzato	**100%**

PIANO QUALITA' E SICUREZZA 2026 I VICINI DI CASA: OBIETTIVI ED AZIONI PROGRAMMATE 2026

PSP E RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI ADOTTATE

A seguito di aggiornamento di seguito le PSP e Raccomandazioni Ministeriali che sono adottate per il Piano 2026 sono le seguenti:

Pratiche della Sicurezza del Paziente (PSP)

1. Reporting and Learning System (RLS) – Riferimento normativo: DRG 267 del 16\04\2007
2. Gestione della relazione e della comunicazione interna e con il paziente e\o familiari per gli eventi avversi – Riferimento normativo Delibera GRT 717\2016
3. Prevenzione delle cadute delle persone assistite nei contesti di ricovero
4. Prevenzione del rischio nutrizionale – Riferimento normativo: DGR 135 del 25\02\2008
5. HANDOVER
6. Controllo infezioni: DGR 267 del 16\04\2007
7. Etichettatura di sicurezza per la somministrazione dei farmaci

Linee guida o Raccomandazioni Ministeriali
Raccomandazione N°7: Raccomandazione per la Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
Raccomandazione N°8: Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
Raccomandazione N°12: Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look alike\Sound-Alike"
Raccomandazione N°13: Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta nelle strutture sanitarie
Raccomandazione N°17: Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica
Raccomandazione N°18: Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli

N° azione	Descrizione	Modalità di verifica	Fonte	Standard	VALORE
1	Rischio aggressione	Verbale di formazione\personale assunto > 6 mesi	Anagrafica del personale	70% del personale	
2	Cura della Relazione	Verbale di formazione\personale assunto > 6 mesi	Anagrafica del personale	70% del personale	

3	Aggiornamento Procedura Terapia Farmacologiche	Presenza PRO GTF-SO	Archivio Sharepoint	Presenza documento aggiornato	
4	Diffusione PRO GTF-SO al servizio infermieristico	Presenza VCD-SQ per personale infermieristico > 6 mesi	Registro Accreditamento	80% del personale	
5	Gestione Contenzioni	Verbale di formazione\personale assunto > 6 mesi	Anagrafica del personale	80% del personale	
6	Introduzione verbale di tracciamento dei contatti con enti associazioni del terzo settore	Predisposizione Verbale standard	Registro Accreditamento	11 verbali di contatto compilati	
7	Diffusione PRO IR-SQ	VCD-SQ firmata	Registro Accreditamento	70% personale assunto	
8	Giro della Sicurezza	Verbale di sopralluogo	Registro Accreditamento	1	
9	Rischio Assistenziale	Audit di struttura	Registro Accreditamento	1	
10	Inserimento modello lettera di dimissioni utenti	Presenza Modello codificato	Archivio Sharepoint	Modello presente	
11	Aggiornamento formazione ICA	Verbale di formazione\personale assunto > 6 mesi	Anagrafica del personale	90% del personale	
12	Valutazione Clima Interno	Presenza report di struttura	Registro Accreditamento	1	
13	Restituzione risultati analisi clima interno	Verbale riunione di struttura	Registro Accreditamento	1	
14	Valutazione Soddisfazione	Presenza report di struttura	Registro Accreditamento	1	
15	Valutazione Servizio di Ristorazione: qualità del vitto	1 rilevazione al mese	Registro accreditamento	12	
16	Completezza e aggiornamento Check list di accreditamento	Controlli e verifiche interne	Scheda su sharepoint	1 verbale di controllo	

VERIFICA DEL PIANO 2026

Al termine dell'anno il referente Rischio Clinico realizzerà un report di verifica sul Piano e sulla programmazione delle azioni previste, comprensivo di:

1. Quantificazione del raggiungimento o meno degli obiettivi previsti dal Piano
2. Analisi e commento qualitativo sull'andamento del percorso di gestione del rischio clinico
3. Aggiornamento delle Linee Guida e Raccomandazioni Ministeriali
4. Individuazione di nuove criticità emergenti e report sulle segnalazioni