

PARTECIPANTI

Avv. Vincenzo Richichi (DIR)	Dr. Agazio Guido (DS)	Dr. Andrea Richichi (RAQ)	Dr. Pietro Menniti RISK MANAGER
---	------------------------------	--------------------------------------	--

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

MANUALE QUALITÀ	PROCEDURE	MODULISTICA	APPENDICI AL MQ
RAPPORTI DI AUDIT INTERNI	TABELLA INDICATORI DELLA QUALITÀ	VARO DEL 31/01/2025	ISTRUZIONI OPERATIVE

ELEMENTI IN INGRESSO PER IL RIESAME

<input checked="" type="checkbox"/>	Stato delle azioni derivanti dai precedenti riesami della direzione
<input checked="" type="checkbox"/>	Cambiamenti nei fattori interni ed esterni rilevanti per la gestione del Sistema Qualità
<input checked="" type="checkbox"/>	Adeguatezza ed efficacia del Sistema Qualità:
<input checked="" type="checkbox"/>	Soddisfazione del cliente-informazioni di ritorno delle parti interessate
<input checked="" type="checkbox"/>	Misura in cui gli obiettivi per la qualità sono stati raggiunti
<input checked="" type="checkbox"/>	Verifiche ispettive interne
<input checked="" type="checkbox"/>	Verifiche esterne anno 2024
<input checked="" type="checkbox"/>	Gestione delle non conformità, delle azioni correttive e degli eventi
<input checked="" type="checkbox"/>	Prestazioni Fornitori
<input checked="" type="checkbox"/>	Prestazioni di processo/conformità dei prodotti/servizi: risultati del monitoraggio e della misurazione
<input checked="" type="checkbox"/>	Adeguatezza delle risorse
<input checked="" type="checkbox"/>	Efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità
<input checked="" type="checkbox"/>	Opportunità di miglioramento

Stato delle azioni derivanti dai precedenti riesami della direzione

Il sistema di GQ è in continuo cambiamento nell’ottica di riuscire ad implementare, nel rispetto della norma, il sistema nell’ambito dell’Organizzazione. All’uopo si è dato seguito a quanto precedentemente stabilito e si è valutato attentamente un miglioramento del sistema grazie ai rilievi emersi durante gli audit effettuate dall’ente di certificazione.

Nell’aprile del 2024 Villa Rachele ha esteso la sua attività al RSA- M autorizzata con decreto dirigenziale N° 769 del 23.01.2024 per n° 20 posti letto.

Cambiamenti nei fattori interni ed esterni rilevanti per la gestione del Sistema Qualità

E’ stata aggiornata l’analisi del contesto a seguito dell’estensione del campo di applicazione alla branca della RSA-M e per adeguamento del contesto AMD- 1 sul cambiamento climatico.

I fattori interni ed esterni sono stati aggiornati in relazione all’aggiornamento della valutazione dei rischi ed opportunità in data 31.01.2025

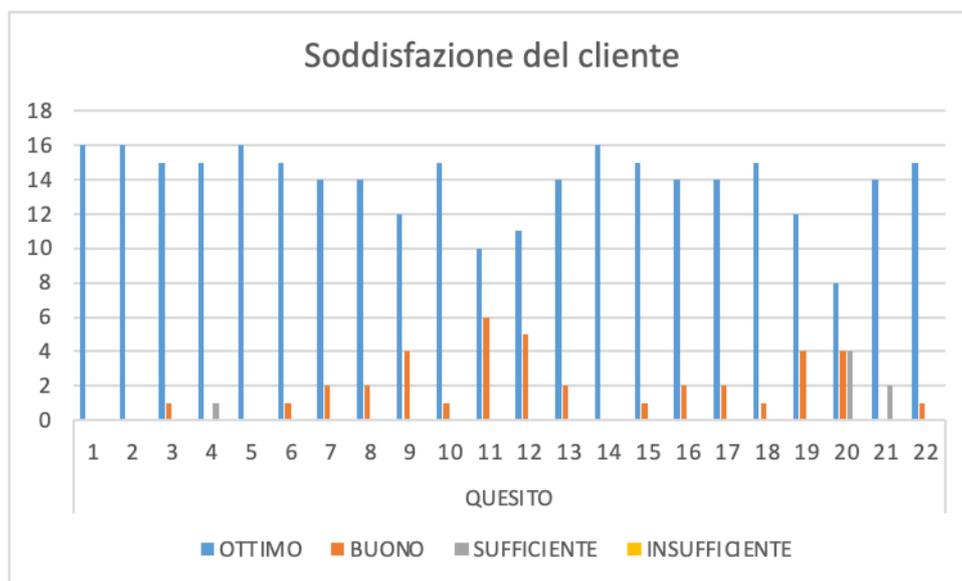
Sono state individuate le parti interessate interne ed esterne e le relative esigenze ed aspettative. Le stesse risultano coerenti con il contesto dell’organizzazione e non necessitano di revisione.

Adeguatezza ed efficacia del Sistema Qualità

Soddisfazione dei clienti

E’ stato predisposto un questionario sulla soddisfazione del cliente al fine di monitorare la soddisfazione dei ns pazienti. Tale analisi avrà come prima fase quella di consegnare un questionario al paziente allo scopo di raccogliere una serie di indicazioni circa le attività ed i servizi resi dalla VILLA RACHELE; la valutazione del livello globale di soddisfazione del cliente è definito nella sezione 9 del MQ.

Successivamente è stato effettuato il monitoraggio sui questionari acquisiti. Sono stati raccolti 16 questionari e gli stessi hanno dato un risultato positivo. Non si sono registrati reclami da parte dei nostri pazienti e/o familiari.



Raccomandazioni ministeriali

È stata analizzata l’applicazione delle seguenti Raccomandazioni Ministeriali da parte del nostro personale medico e paramedico:

- Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale

- Raccomandazioni per la prevenzione degli errori in terapia farmacologica
- Raccomandazione per prevenire gli atti di Violenza a danno degli operatori sanitari
- Raccomandazione per la prevenzione degli Eventi avversi conseguenti al Malfunzionamento dei dispositivi Medici/apparecchi elettromedicali
- Raccomandazione per la prevenzione degli Errori in terapia con farmaci “lookalike/Sound-alike”
- raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie
- raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica
- raccomandazione Per la prevenzione degli errori in terapia Conseguenti all’uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli

Dall’analisi effettuata è emerso che il nostro personale ha adottato quanto richiesto dalle suddette raccomandazioni.

Audit interno

Lo Staff di Direzione ha dato incarico ad un consulente esterno qualificato di svolgere gli audit interni con la finalità di garantire il mantenimento della conformità, l’applicazione del Sistema Qualità e il corretto svolgimento dei servizi nel rispetto di quanto previsto dalle procedure di sistema.

Le verifiche ispettive sono state svolte da personale esterno qualificato, affiancato da parte dello Staff di Direzione e dei responsabili e dalle stesse sono emersi rilievi in fase di attuazione.

Audit esterne anno 2024

E’ stato condotto l’audit extra il 07.11.2024 da parte del nostro ente di certificazione in occasione dell’estensione del campo di applicazione alle attività di RSA Medicalizzata e sono emerse 2 raccomandazioni gestite e verificata efficacia durante audit interno.

Gestione delle non conformità, delle azioni correttive e degli eventi

Nel periodo considerato non sono state rilevate NC.

Prestazioni Fornitori

Al 10.01.2025 è stata effettuata la qualifica dei fornitori. Ad oggi non sono stati registrati dei reclami da parte dei clienti e dei fornitori. I fornitori sono stati mantenuti integralmente dall’Organizzazione. Le prestazioni dei fornitori risultano ad oggi soddisfacenti.

Prestazioni di processo/conformità dei prodotti/servizi: risultati del monitoraggio e della misurazione

Il budget assegnato a Villa Rachele per il triennio 2022-2024, non congruo per una struttura sanitaria di ricovero cura e riabilitazione, va opportunamente corretto perché l’esigua assegnazione:

-Ha inibito la libera scelta dei cittadini residenti nell’area centrale della Calabria. Villa Rachele, infatti, beneficia di una posizione strategica considerato che è situata proprio al centro della Calabria. Essa, infatti, si trova a 15 km dalla Stazione Ferroviaria Lamezia Terme Centrale e dall’Aeroporto Internazionale di Lamezia Terme ed a poca distanza dai centri abitati di Lamezia Terme, di Catanzaro e di Vibo Valentia, con un bacino di utenza di circa 400.000 abitanti residenti.

- Non risponde all’esigenza dei cittadini stessi in quanto Villa Rachele ha tutti i differenti setting riabilitativi comprendendo oltre alla Riabilitazione Intensiva, la Riabilitazione Estensiva a Ciclo Continuativo e la Riabilitazione Ambulatoriale con la possibilità, quindi, di offrire al paziente un percorso riabilitativo completo (come è già avvenuto per 25 degenti che sono transitati privatamente nell’area RECC per il prosieguo della riabilitazione in fase estensiva)

Nel 2024, in cui si sono potute erogare prestazioni di assistenza ospedaliera di post acuti in favore degli utenti che, esercitando la libera scelta, hanno deciso di accedere nella struttura di Villa Rachele, il fronte delle richieste ha avuto una evoluzione crescente.

Dopo una prima fase in cui le richieste di ricovero provenivano da cittadini residenti nel lametino, successivamente, man mano che veniva riconosciuta la qualità delle prestazioni e del servizio offerto da Villa Rachele, il fronte si è allargato con le richieste dei cittadini residenti nell'area nord della provincia di Vibo Valentia e nell'area del Catanzarese. Vi sono state, inoltre, richieste di ricovero di cittadini residenti nella provincia di Cosenza, Crotona.

Occorre, poi, evidenziare che ultimamente stanno cominciando ad affluire, in maniera crescente e significativa, pazienti provenienti dall'Università Campus Bio-Medico di Roma, dall'Università Mater Domini di Catanzaro, dall'Ospedale Villa Laura di Bologna e Villa Maria che necessitano di riabilitazione per malattie del sistema muscolo-scheletrico.

Anche per l'anno 2023 si consolida in maniera significativa la collaborazione con l'azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" (ora Dulbecco) per malati che necessitano di riabilitazione per malattie del sistema nervoso e per malattie del sistema muscolo-scheletrico.

Ed ancora, Villa Rachele potrebbe attrarre ulteriori pazienti provenienti dall'area nord della provincia di Vibo Valentia, allorché il reparto di ortopedia del Presidio Ospedaliero G. Iazzolino riprenderà ad erogare le prestazioni canoniche.

Nel corso dell'anno 2024 abbiamo, finalmente, avuto riscontri positivi che hanno premiato la nostra volontà di non desistere dal portare avanti le nostre aspettative, anche di fronte ad ostacoli e lungaggini che sconfortano.

L'Ufficio Autorizzazione e Accreditamenti della Regione ci ha autorizzato con Ddg n. 769 del 23.01.2024 all'esercizio di 20 p.l. di RSA-M (intensiva), mentre l'ASP di Catanzaro ha dato parere favorevole per l'accREDITAMENTO di 4 p.l. per la RECC e, infine, sempre l'Ufficio Autorizzazione e Accreditamenti della Regione ha dato parere positivo per l'autorizzazione alla realizzazione degli ulteriori 16 p.l. a suo tempo richiesti.

Riabilitazione Intensiva

Villa Rachele, accreditata per 20 p.l., ha una capacità di 7.300 (365 gg x 20 p.l.) giornate di degenza.

Le prestazioni sanitarie di ospedalità erogate da Villa Rachele, distinte per tipologia e per classe di DRG sono le seguenti:

DRG 12 Malattie degenerative del sistema nervoso e DRG 249 Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo.

Attività svolta nel 2023 e 2024

Nell'anno 2023, il terzo anno in cui Villa Rachele ha potuto effettivamente erogare prestazioni sanitarie programmate di ricovero ospedaliero in regime di accREDITAMENTO.

Nell'anno 2023 le SDO (Schede Dimissioni Ospedaliere) inviate all'ASP di Catanzaro indicano in 5.470 le giornate di degenza completate e da liquidare, pari al 75,00% della capacità complessiva dei dodici mesi (365x20= 7.300) in cui si è operato.

L'incidenza del *DRG 12 Malattie degenerative del sistema nervoso* su base annuale è stata del 32,31% del totale, mentre l'incidenza del *DRG 249 Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo* è stata del 67,69%.

Nell'anno 2024 le SDO (Schede Dimissioni Ospedaliere) inviate all'ASP di Catanzaro indicano in 5.915 le giornate di degenza completate da liquidare, pari al 80,81% della capacità complessiva (7.300) con un incremento rispetto l'anno 2023 del 5,81% e rispetto all'anno 2022 un incremento del 23,07%.

L'incidenza del *DRG 12 Malattie degenerative del sistema nervoso* su base annuale è stata del 23,43%, mentre l'incidenza del *DRG 249 Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo* è stata del 76,57%.

Riabilitazione Estensiva

Villa Rachele, autorizzata per 40 p.l., ha una capacità di 14.600 (365 gg x 40 p.l.) giornate di degenza.

Nell'anno 2023 le giornate di degenze in regime privato sono state 8.139, pari al 55,00% della capacità complessiva dei dodici mesi (365x40= 14.600) in cui si è operato.

Nell'anno 2024 le giornate di degenze in regime privato sono state 6.898, pari al 48,00% della capacità complessiva (14.600).

RSA-Medicalizzata

Il reparto è stato reso operativo dopo un'attenta fase di allestimento logistico, selezione e formazione del personale dedicato. È stato definito un modello organizzativo orientato alla presa in carico multidisciplinare dell'ospite, con la presenza di figure sanitarie e socio-assistenziali: medico geriatra, infermieri, fisioterapisti, OSS, psicologo e assistente sociale. La copertura medica è garantita secondo le normative vigenti.

Nel primo periodo di attività, sono stati accolti 8 pazienti, provenienti per la maggior parte da dimissioni ospedaliere protette o da richieste del territorio. Le principali patologie rilevate all'ingresso sono riconducibili a esiti di patologie acute (ictus, scompenso cardiaco, infezioni), decadimento cognitivo, e condizioni di fragilità clinica e funzionale.

Il percorso assistenziale è stato personalizzato per ogni ospite, con valutazioni multidimensionali all'ingresso (schede ADL, Barthel, MMSE, ecc.) e piani individualizzati di cura. Sono stati effettuati cicli di fisioterapia mirata al mantenimento o recupero delle autonomie residue.

È stato attivato un canale di comunicazione costante con i familiari degli ospiti, con aggiornamenti periodici sullo stato di salute e momenti di confronto con l'équipe. Il reparto ha inoltre avviato un dialogo funzionale con i servizi territoriali (MMG, servizi sociali, ecc.) per garantire continuità assistenziale al termine del ricovero.

La fase di avvio si è svolta regolarmente, senza criticità rilevanti. L'équipe ha risposto con competenza ed efficacia alla domanda di assistenza, e i primi riscontri da parte dei familiari e degli stessi ospiti sono stati positivi. La Direzione prevede nei prossimi mesi un consolidamento del reparto, con l'introduzione di ulteriori strumenti di monitoraggio della qualità e potenziamento delle attività riabilitative e relazionali.

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Villa Rachele, ai fini della gestione del rischio clinico, ha attivato meccanismi comprendenti procedure e protocolli tendenti a garantire la tenuta sotto controllo degli episodi e delle cause che potrebbero influire sulla buona riuscita delle prestazioni sanitarie e terapeutiche.

Il rispetto delle precauzioni generali, dei protocolli di pulizia, sanificazione e disinfezione degli ambienti e delle attrezzature biomediche assieme alla sterilizzazione della strumentazione, garantiscono la sicurezza degli ambienti e delle prestazioni sanitarie.

Particolare attenzione viene posta per i fattori strutturali – tecnologici, quali:

- caratteristiche strutturali, dell'impiantistica e loro manutenzione;
- apparecchiature e strumentazioni (funzionamento, manutenzione, rinnovo);
- sicurezza e logistica degli ambienti;
- infrastrutture, reti, digitalizzazione, automatizzazione.

I fattori organizzativi e gestionali sono gestiti prendendo in considerazione:

- struttura organizzativa (ruoli, responsabilità);
 - politica e gestione delle risorse umane: organizzazione, controllo, formazione e aggiornamento;
 - coinvolgimento dei rappresentanti della società;
 - politiche per la promozione della sicurezza del paziente;
 - procedure per la tracciabilità dei materiali utilizzati.
-

La gestione del rischio clinico è costantemente aggiornata attraverso la tenuta di audit periodici, che consentono di tenere sotto controllo i singoli processi e l'applicazione delle procedure ed istruzioni operative idonee a garantire la migliore qualità delle prestazioni. L'audit quale metodologia di analisi risulta fondamentale al fine del miglioramento della qualità dei servizi offerti, viene condotta da professionisti attraverso il confronto sistematico dell'assistenza prestata con criteri espliciti ed è finalizzato ad identificare gli scostamenti rispetto agli standard conosciuti, ad attuare le opportunità di cambiamento individuate ed a monitorare il risultato delle misure correttive introdotte, garantendo così il miglioramento continuo delle procedure.

Lo scopo è quindi quello di verificare e monitorare i fattori di rischio all'interno della struttura a cominciare dai più frequenti:

- individuare gli elementi critici dei processi;
 - verificare le schede di segnalazione pervenute;
 - convocare esperti per approfondimenti sui temi specifici;
 - adottare i dovuti provvedimenti;
 - recepire e discutere le relative criticità;
 - formare/informare tutti gli operatori;
- proporre azioni correttive (piani di miglioramento delle procedure).

Il Direttore Sanitario presiede l'attività di Risk Management e definisce le linee aziendali per la gestione del rischio, approvando le procedure in materia predisposte e avvalendosi della collaborazione di:

- Responsabile Prevenzione e Protezione della Sicurezza;
- Responsabile Qualità e Accreditamento Sanitario.

Il sistema di monitoraggio si basa su:

- raccolta ed analisi di segnalazioni (eventi sentinella, eventi avversi o quasi eventi);
- osservazioni, suggerimenti e reclami come definito nell'apposita procedura di gestione di osservazioni/suggerimenti e reclami.

Il Risk Manager viene informato in merito agli eventi avversi accaduti in azienda attraverso varie fonti informative come ad esempio:

- segnalazione spontanea mediante Scheda di segnalazione;
- richieste da parte di un operatore di audit/riunione a fronte di criticità organizzative o per evento particolare in termini di rischiosità o gravità;
- invio da parte del Servizio Prevenzione e Protezione (SPP) di dati riguardanti gli infortuni sul lavoro a carico degli operatori sanitari;
- invio di dati da parte della Direzione Sanitaria;
- richieste di risarcimento danni.

Sono oggetto di rilevazione sia gli episodi potenzialmente in grado di provocare danni (eventi esenti e/o near miss) sia gli eventi che li abbiano provocati, nei confronti della persona assistita o dell'operatore sanitario (evento avverso). Sono inclusi nella rilevazione anche gli accadimenti che hanno causato danni di particolare severità (eventi sentinella).

Le informazioni fornite consentono di identificare i fattori determinanti degli eventi segnalati e le azioni di miglioramento possibili da mettere in atto con azioni correttive. L'obiettivo prioritario non è soltanto quello di raccogliere dati di tipo quantitativo ma è soprattutto quello di ottenere dati di tipo qualitativo, al fine di individuare le aree critiche e di attivare percorsi di miglioramento.

4. ANALISI DELLE SEGNALAZIONI DELL'ANNO 2024

NUMERO CARTELLE PZ SOTTOPOSTI A RIABILITAZIONE INTENSIVA IN REGIME CONVENZIONATO	184
NUMERO CARTELLE PZ SOTTOPOSTI A RIABILITAZIONE ESTENSIVA IN REGIME PRIVATO	91
NUMERO CARTELLE PZ SOTTOPOSTI A RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE MEDICALIZZATA (RSA-M) IN REGIME PRIVATO	08
ATTIVAZIONE DEL RISK MANAGEMENT	Si, con l'attivazione della gestione del rischio clinico
RESPONSABILE DEL RISK MANAGEMENT	Dott. Pietro Menniti
DIRETTORE SANITARIO	Dott. Guido Agazio

Presso Villa Rachele è stato adottato un sistema di segnalazione (Incident Reporting) per la raccolta di informazioni relative al verificarsi di segnalazione volontaria di incidenti correlati alla sicurezza delle cure (near miss/quasi eventi - eventi senza danno, eventi avversi, eventi sentinella), per poter intervenire con le appropriate misure preventive e, più in generale, per diffondere le conoscenze e favorire segnalazioni spontanee di accadimenti correlati con la sicurezza delle cure.

Tra le informazioni richieste nella scheda di segnalazione per l'Incident Reporting ci sono:

- - la tipologia e la descrizione dell'evento;
- - il luogo dove è avvenuto l'evento;
- - le persone coinvolte;
- - la tipologia delle prestazioni fornite al momento dell'evento;
- - la gravità dell'evento (grave, medio, lieve);
- - indicazione, da parte dell'operatore che lo segnala, delle cause dell'errore (distinti in fattori umani, tecnologici, infrastrutturali).

Questo strumento è finalizzato a promuovere la responsabilità e la cultura della sicurezza del paziente ed a contribuire all'apprendimento collettivo per il cambiamento ed il miglioramento interni.

Trattandosi di segnalazioni spontanee, le informazioni che ne derivano sono indirizzate alla valutazione dei rischi e all'individuazione di eventuali criticità, nell'ottica dei possibili interventi correttivi finalizzati all'aumento dei livelli di sicurezza.

Attraverso il sistema aziendale di Incident Reporting ogni operatore sanitario e non sanitario può segnalare un errore, un evento avverso o un near miss, ovvero un accadimento che aveva la potenzialità di arrecare un danno che non si è prodotto per un caso fortuito o perché sono entrate in funzione le barriere specificatamente predisposte.

4.1 DATI DI RIFERIMENTO DELL'ANNO 2024

Il Sistema di Incident Reporting predisposto ha consentito di raccogliere i seguenti dati, relativi ad eventi avversi/near miss/eventi sentinella avvenuti nell'anno 2024:

Near miss (quasi eventi)

Nell'anno 2024 non si sono verificati near miss.

Eventi da segnalare (senza danno)

Nell'anno 2024 non si sono verificati eventi da segnalare.

Eventi avversi

Nell'anno 2024 non si sono verificati eventi avversi.

Eventi sentinella

Nell'anno 2024 non si sono verificati eventi sentinella.

Richieste risarcimento pervenute

Nell'anno 2024 non è pervenuta alla Struttura nessuna richiesta di risarcimento danni.

Gestione dei dispositivi medici

Villa Rachele ha adottato una procedura di gestione per monitorare tutti i dispositivi e le apparecchiature in uso mediante l'effettuazione della manutenzione ordinaria secondo un programma annuale ben definito che prevede anche il controllo e la verifica della sicurezza elettrica in base alle vigenti normative.

Vengono predisposte schede di rilevazione e verbali di manutenzione; sono inoltre attivi contratti di manutenzione con ditte specializzate.

Nell'anno 2024 non si sono verificati eventi riconducibili a problematiche dovute ai dispositivi medici.

Reclami e suggerimenti

Villa Rachele è costantemente impegnato a monitorare la soddisfazione degli utenti tramite somministrazione di questionari di gradimento oltre che attraverso la raccolta di reclami e suggerimenti. L'utente ha il diritto a sporgere reclamo ogniqualvolta rilevi il mancato rispetto dei propri diritti. Gli operatori che hanno contatto con il pubblico con mansioni di assistenza e servizio devono registrare qualsiasi reclamo presentato e prospettare la possibilità di inoltrare reclamo scritto alla Struttura.

I dati desunti dai questionari e quelli relativi ai reclami vengono elaborati periodicamente e vengono sempre analizzati dalla Direzione in sede di riesame annuale, al fine di identificare eventuali aree di criticità e di avviare adeguate azioni di miglioramento.

Nell'anno 2024 sono stati somministrati questionari di soddisfazione da cui è emersa una buona soddisfazione degli utenti.

Nell'anno 2024 è pervenuta una sola scheda di segnalazione da parte dei pazienti contenente un suggerimento (prontamente gestito dalla Direzione aziendale).

Adeguatezza delle risorse

Le risorse messe a disposizione nonché gli spazi dell'Organizzazione risultano essere adeguati rispetto alla loro destinazioni d'uso. E' stata pianificata l'attività di formazione per l'anno 2025. Sono state pianificate attività di formazione ed informazione sui temi della ISO 9001, sull'adeguamento alla legge sui dati personali, haccp e sulla sicurezza.

Ad oggi è stata svolta l'attività di formazione sulla norma 9001:2015, sul personale della cucina (alimentaristi) e formazione ECM e formazione interna per l'avvio del servizio di RSA_M. E' stato implementato il personale e adeguatamente formato sulle procedure interne. Nel mese di Ottobre a seguito della verifica di estensione del campo di applicazione del NS SQ valuteremo l'efficacia della formazione effettuata.

Efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità del progetto sulla gestione del rischio

Dall'analisi dei rischi ed opportunità risultano essere efficaci le azioni intraprese per l'efficacia delle azioni. Per l'anno 2025 è stato aggiornato il modello VARO a seguito della verifica delle azioni intraprese per mitigare il rischio/opportunità.

Investimenti effettuati nell'anno 2024

Nel 2024 non sono stati effettuati investimenti per motivi economici dovuti ai ritardi da parte dell'ASP.

ELEMENTI IN USCITA DEL RIESAME

<input checked="" type="checkbox"/>	Opportunità di miglioramento
<input checked="" type="checkbox"/>	Esigenze di modifica al sistema di gestione della qualità
<input checked="" type="checkbox"/>	Adeguatezza delle risorse

Opportunità di miglioramento

Relativamente all'anno 2025 gli investimenti dipendono dalla situazione della causa con la Regione Calabria.

Obiettivo 01- Implementazione della palestra di riabilitazione con un investimento di € 13000,00. l'investimento non è stato effettuato per mancanza di risorse dovuto al ritardo del decreto da parte della regione. Sarà riproposta

Esigenze di modifica al sistema di gestione della qualità

Non si evidenzia per il momento la necessità di modificare il SGQ.

Adeguatezza delle risorse

Le risorse messe a disposizione risultano al momento essere sufficienti.



TABELLA INDICATORI DELLA QUALITA'

		TABELLA INDICATORI DELLA QUALITA'								
		TIQ - Rev. 0		Firma RAQ			Firma DIR		Data	
									31/01/2024	
Processo	Obiettivo di miglioramento	Indicatore	Valore	Responsabile	Periodicità Monitoraggio	Scadenza	Risultati	Annotazioni	Scost.	Risorse
Erogazione prestazione Sanitarie (Area Medica)	Efficiacia delle prestazioni assistenziali	N° di pazienti che hanno raggiunto gli obiettivi previsti dal PAI / Totale dei pazienti ricoverati nella Struttura	> 68%	direzione sanitaria	annuale	dic-25				
Erogazione prestazione Sanitarie (Area Medica)	Efficiacia delle prestazioni riabilitative	N° di pazienti che hanno raggiunto gli obiettivi previsti dal PRI / Totale dei pazienti ricoverati nella Struttura	> 97%	direzione sanitaria	annuale	dic-25				
Gestione Progettazione ed erogazione del servizio riabilitativo	Efficiacia delle prestazioni riabilitative	% pazienti migliorati / Tot Pazienti	> 85%	direzione sanitaria	annuale	dic-25				
Gestione Progettazione ed erogazione del servizio assistenziale	Efficiacia delle prestazioni assistenziali	Valutazione andamento assistenziale stazionari	> 43%	direzione sanitaria	annuale	dic-25				
Progettazione ed erogazione del servizio riabilitativo	Efficiacia delle prestazioni riabilitative	Valutazione andamento riabilitativo stazionari	> 87%	equipe medica riabilitativa	annuale	dic-25				
Erogazione prestazione Sanitarie (Assistenza Infermieristica)	Efficacia nel trattamento / prevenzione delle piaghe da decubito	Inefficacia nel trattamento delle piaghe da decubito in pazienti con lesioni precedenti al ricovero, in presenza di comorbilità di rilievo (diabete, obesità, ecc.)	< 3%	Infermieri	annuale	dic-25				

Processo	Obiettivo di miglioramento	Indicatore	Valore	Responsabil e	Periodicità Monitoragg io	Scadenza	Risultati	Annotazioni	Scost.	Risorse
Erogazione prestazione Sanitarie (Assistenza Infermieristica)	Efficacia nel trattamento / prevenzione delle piaghe da decubito	Pazienti in cui insorgono piaghe da decubito su totale dei pazienti ricoverati senza lesioni, in assenza di comorbidità di rilievo (diabete, obesità, ecc.)	< 3%	Infermieri	annuale	dic-25				
Erogazione prestazione Sanitarie (Gestione rischio clinico)	Prevenzione delle cadute	Cadute in paziente ospedalizzato / Totale pazienti allettati	< 1	direzione sanitaria	annuale	dic-25				
Erogazione prestazione Sanitarie (Gestione rischio clinico)	Prevenzione delle cadute	Cadute in paziente ospedalizzato / Totale pazienti non allettati	< 3	direzione sanitaria	annuale	dic-25				
Erogazione prestazione Sanitarie (Gestione rischio clinico)	Contenimento delle complicanze infettive	Rischio di infezione ospedaliera da agente patogeno che sviluppa resistenza alle normali terapie farmacologiche a motivo della crescita in ambito ospedaliero	< 3	direzione sanitaria	annuale	dic-25				
Misurazione Analisi e Miglioramento	Soddisfazione del cliente	Rapporto tra il N° dei reclami ricevuti e N° utenti nell'anno 2024	< 1	RAQ	annuale	dic-25				
Misurazione Analisi e Miglioramento	Soddisfazione del cliente	Rilevazione del livello di soddisfazione del cliente sul totale dei clienti della struttura	> 90%	RAQ	annuale	dic-25				
Risorse (strumentali)	Continuità nell'erogazione delle prestazioni	N° interruzioni nell'erogazione delle prestazioni dovuti a guasti/malfunzionamenti di strumenti / apparecchiature per inefficacia attività di manutenzione ordinaria	< 3	RI	annuale	dic-25				
Risorse (umane)	Competenze delle risorse	Esito positivo di verifica dell'efficacia delle attività di formazione interna	> 80%	RAQ	annuale	dic-25				

Processo	Obiettivo di miglioramento	Indicatore	Valore	Responsabil e	Periodicità Monitoragg io	Scadenza	Risultati	Annotazioni	Scost.	Risorse
Approvvigionamento	Efficienza nella gestione del deposito ed ottimizzazione delle quantità di prodotti approvvigionati	Disponibilità immediata di farmaci / prodotti di consumo previsti in giacenza e contenimento dei farmaci / prodotti scaduti	< 93%	ACQ	annuale	dic-25				

Ultimo aggiornamento al 31.07.2024

Monitoraggio al 31.01.2025

CONTESTO			FATTORE	PARTI INTERESSATE	PROCESSO COINVOLTO	DEFINIZIONE		VALUTAZIONE RISCHIO			AZIONE	DETERMINAZ. RISORSE			EFFICACIA DELL'AZIONE / METODO DI CONTROLLO	RIVALUTAZIONE RISCHIO		
AMBITO	INT.	EST.				RISCHIO	OPPORTUNITA'	P	D / B	IR		TEMPI	RISORSE	RESP.		P	D / B	IR
LEGALE	X		MANTENIMENTO DEI REQUISITI INDISPENSABILI PER ACCREDITAMENTO	UTENZA, ASP, PERSONALE	CLIENTE / REGIONE	PERDITA ACCREDITAMENTO		1	2	2	MONITORARE LA PRESENZA DEI REQUISITI E LA CONFORMITA' DELLA NORMATIVA. INTERVENIRE TEMPESTIVAMENTE NEL CASO DI MODIFICA O NOVITA' SULLA NORMATIVA	12 MESI	€ 10.000,00	DIR				
ECONOMIC		X	RITARDI NEI PAGAMENTI DA PARTE DELL'ASP	ASP, PERSONALE, PROFESSIONISTI, FORNITORI	CLIENTE / REGIONE	DIFFICOLTA' AD AFFRONTARE LA SPESA CORRENTE		3	3	9	ACCESSO AL CREDITO BANCARIO	6 MESI	€ 100.000,00	AD				
ECONOMIC		X	RICHIESTE DI RISARCIMENTO DANNI	UTENZA, ASP, PROFESSIONISTI	CLIENTE / REGIONE	DANNO IMMAGINE ED ECONOMICO		1	2	2	MONITORAGGIO PROCEDURE RISK MANAGEMENT E VALUTAZIONE IMPLEMENTAZIONI DI PROCEDURE DI SICUREZZA. STIPULA CONTRATTI ASSICURATIVI	6 MESI	€ 10.000,00	DS UL				
LEGALE		X	EVOLUZIONE DELLE NORMATIVE DI RIFERIMENTO DEI DIVERSI SETTORI	PERSONALE, ASP, ENTI DI CERTIFICAZIONE	CLIENTE / REGIONE	INADEMPIENZE SCATURITE DURANTE GLI AUDIT DAGLI ENTI PREPOSTI IAI CONTROLLI		1	2	2	ATTENZIONE APROPRIATEZZA RICOVERI. REVISIONE DELLA CORRETTEZZA DELLA CODIFICA.	12 MESI	€ 0,00	DS				
ECONOMIC		X	RAPPORTO CON LA REGIONE	ASP, PERSONALE, PROFESSIONISTI, FORNITORI	CLIENTE / REGIONE	ACCREDITAMENTO		3	3	9	ATTENZIONE NEL MANTENIMENTO DEI REQUISITI DEFINITI NELL'ACCREDITAMENTO	12 MESI	€ 100.000,00	DIR				
ECONOMIC	X		DISPONIBILITA' ECONOMICA PER GLI INVESTIMENTI	FORNITORI	CLIENTE / REGIONE	INVESTIMENTI STRUTTURALI		3	3	9	PROGRAMMAZIONE DI INVESTIMENTO PER MANTENERE IL PASSO ALL'EVOLUZIONE TECNOLOGICA USUFRUENDO DEGLI ECO BONUS	12 MESI	€ 50.000,00	DIR				
LEGALE		X	ACCREDITAMENTO	UTENZA, ASP	CLIENTE / REGIONE	EROGAZIONE PRESTAZIONI SANITARIE A CARICO DEL SSN		3	3	9	MANTENIMENTO DELL'ACCREDITAMENTO PER SODDISFARE LA RICHIESTA DELL'UTENZA	12 MESI	€ 20.000,00	DIR				

CONTESTO			FATTORE	PARTI INTERESSATE	PROCESSO COINVOLTO	DEFINIZIONE		VALUTAZIONE RISCHIO			AZIONE	DETERMINAZ. RISORSE			EFFICACIA DELL'AZIONE / METODO DI CONTROLLO	RIVALUTAZIONE RISCHIO		
AMBITO	INT.	EST.				RISCHIO	OPPORTUNITA'	P	D / B	IR		TEMPI	RISORSE	RESP.		P	D / B	IR
COMPETITIVO		X	AFFIDABILITA' DELLA STRUTTURA	UTENZA, PROFESSIONISTI	CLIENTE / REGIONE		SPECIALISTI CHE SI APPOGGIANO ALLA STRUTTURA PER VARIE BRANCHE	3	3	9	MANTENIMENTO DEGLI STANDARD E SEMPRE MAGGIORI RELAZIONI CON GLI SPECIALISTI ESTERNI NELLA VALUTAZIONE DEL MERCATO	12 MESI	€ 100.000,00	DS DIR				
ORGANIZZATIVO		X	LIMITAZIONE DELLE BRANCHE ACCREDITATE	UTENZA, PERSONALE	ACCETTAZIONE		DIFFICOLTA' NELLA GESTIONE DELLE RICHIESTE DELL'UTENZA	1	2	2	FORMAZIONE AGLI OPERATORI PER LA GESTIONE DELLE RICHIESTE DA PARTE DELL'UTENZA	12 MESI	€ 0,00	UFF PERSONALE				
ORGANIZZATIVO	X		UNIFICAZIONE DEL SERVIZIO	UTENZA, PERSONALE	ACCETTAZIONE		PRESENZA OPERATORI 24 H CONTINUATIVI	3	3	9	PREDISPOSIZIONE DI UN PROGRAMMA DI TURNAZIONE CHE CONSENTE L'ACCESSO AL SERVIZIO DALLE 7 DEL MATTINO ALLE 21 NO STOP	12 MESI	€ 0,00	UFF PERSONALE				
RISORSE	X		ATTENTA SELEZIONE DEL PERSONALE	PERSONALE	ACCETTAZIONE		RISORSE UMANE QUALIFICATE	3	3	9	PERSONALE FORMATO CON BUONA ESPERIENZA E CAPACITA' DI PROBLEM SOLVING E GESTIONE DEGLI STESSI	12 MESI	€ 0,00	UFF PERSONALE				
ORGANIZZATIVO	X		CORRETTA FORMAZIONE DEL PERSONALE	PERSONALE	ACCETTAZIONE		INTERSCAMBIO DEI RUOLI	3	3	9	CONSENTE CHE A LUCE DELLA TURNAZIONE QUALUNQUE UNITA' PRESENTE IN FRONT OFFICE SIA CAPACE E AUTONOMO NELL'AFFRONTARE E ASSOLVERE I PROBLEMI DELL'UFFICIO	12 MESI	€ 0,00	UFF PERSONALE				
ORGANIZZATIVO	X		MANTENIMENTO DI RAPPORTI DI INTERAZIONE	PERSONALE	ACCETTAZIONE		CAPACITA' DELLE RISORSE DI ORGANIZZARE TURNISTICA	3	3	9	FORMAZIONE EFFICACE DELLE RISORSE UMANE	12 MESI	€ 0,00	UFF PERSONALE				
ORGANIZZATIVO	X		SCHEDA UNICA DI TERAPIA	PERSONALE SANITARIO	EROGAZIONE DEL SERVIZIO		PREDISPOSIZIONE IN UN UNICO DOCUMENTO	3	3	9	PREDISPOSIZIONE DOCUMENTO E FORMAZIONE DEL PERSONALE	12 MESI	€ 0,00	DS				
COMPETITIVO	X		ESSERE STRUTTURA POLISPECIALISTICA	UTENZA, PROFESSIONISTI, PERSONALE	EROGAZIONE DEL SERVIZIO		SEGUIRE IL PERCORSO RIABILITATIVO DEI PAZIENTI DELLA STRUTTURA GIA' SOTTOPOSTI A TRATTAMENTI CHIRURGICI INVASIVI	3	3	9	MANTENIMENTO DI ELEVATI STANDARD	12 MESI	€ 20.000,00	DIR				

CONTESTO			FATTORE	PARTI INTERESSATE	PROCESSO COINVOLTO	DEFINIZIONE		VALUTAZIONE RISCHIO			AZIONE	DETERMINAZ. RISORSE			EFFICACIA DELL'AZIONE / METODO DI CONTROLLO	RIVALUTAZIONE RISCHIO		
AMBITO	INT.	EST.				RISCHIO	OPPORTUNITA'	P	D / B	IR		TEMPI	RISORSE	RESP.		P	D / B	IR
LEGALE		X	ACCREDITAMENTO REGIONALE	ASP, UTENTI	EROGAZIONE DEL SERVIZIO	LIMITATO NUMERO DI POSTI LETTO ACCREDITATI RISPETTO ALLE RICHIESTE		1	2	2	AGIRE SUL TURN OVER ADEI POSTI LETTO. È STATA CREATA UNA SINERGIA CON ALTRE STRUTTURE	12 MESI	€ 0,00	AMM				
RISORSE	X		DISATTENZIONE SUL CORRETTO UTILIZZO DELLE ATTREZZATURE	FORNITORI, PERSONALE, UTENTI	EROGAZIONE DEL SERVIZIO	GUASTI ALLE ATTREZZATURE		1	3	3	SENSIBILIZZAZIONE DEL PERSONALE PER UN CORRETTO UTILIZZO DELLE APPARECCHIATURE PREVIA APPOSITA FORMAZIONE	12 MESI	€ 0,00	RI				
INFRASTRUTTURA	X		PIANIFICAZIONE DELLA MANUTENZIONE	UTENTI. PERSONALE	GESTIONE RISORSE UMANE E TECNICHE	LAVORI NON ESEGUITI IN TEMPO		2	1	2	PREDISPORRE PIANO DI MANUTENZIONE ORDINARIA	6 MESI	€ 0,00	RI				
ORGANIZZATIVO	X		STAFF DEL PERSONALE ALTAMENTE QUALIFICATO	UTENTE, PERSONALE	GESTIONE RISORSE UMANE E TECNICHE	PRESENZA DI TANTE FIGURE PROFESSIONALI SPECIALISTICHE		3	3	9	SCELTA DI RISORSE CON ELEVATI STANDARD	12 MESI	€ 0,00	DIR				
INFORMATICO	X		PARZIALE INFORMATIZZAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA	PERSONALE, UTENZA	GESTIONE RISORSE UMANE E TECNICHE	CONSERVAZIONE DEI DATI		2	3	6	IMPLEMENTARE IL SISTEMA INFORMATICO AL FINE DI POTERE ARCHIVIARE E RENDERE REPERIBILI I REFERTI DEGLI ESAMI	6 MESI	€ 10.000,00	DIR				
ORGANIZZATIVO	X		INTERSCAMBIO DI INFORMAZIONE DIRETTE CON I REPARTI E APPROVVIGIONAMENTO MINIMO E COSTANTE	PERSONALE, FORNITORI	APPROVVIGIONAMENTO	MAGGIORE MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI FARMACI E PRESID E MAGGIORE CONTROLLO DELLA SPESA		3	2	6	MANTENIMENTO DEL MONITORAGGIO DEGLI ACQUISTI E RAZIONALIZZAZIONE DELLA DISTRIBUZIONE.	12 MESI	€ 0,00	AMM				
AMBIENTALE		X	MUTAMENTI CLIMATICI	UTENTI PERSONALE FORNITORI	TUTTI I PROCESSI	ELEVATI CONSUMI DI ENERGIA ELETTRICA		2	3	6	FORMAZIONE ED INFORMAZIONE AL PERSONALE SU UN ADEGUATO UTILIZZO DELL'ENERGIA	12 mesi	€ 0,00	DIR				

VALUTAZIONE DEL RISCHIO : ALTO - 6 : 9 ; MEDIO - 3 : 4 ; BASSO - 1 : 2

VALUTAZIONE OPPORTUNITA' : ALTO - 6 : 9 ; MEDIO - 3 : 4 ; BASSO - 1 : 2

Emessa il 09.01.2023

Aggiornamento il 31.01.2025

Rosso : Rischio ; Verde Opportunità

CONTESTO			FATTORE	PARTI INTERESSATE	PROCESSO COINVOLTO	DEFINIZIONE		VALUTAZIONE RISCHIO			AZIONE	DETERMINAZ. RISORSE			EFFICACIA DELL'AZIONE / METODO DI CONTROLLO	RIVALUTAZIONE RISCHIO		
AMBITO	INT.	EST.				RISCHIO	OPPORTUNITA'	P	D / B	IR		TEMPI	RISORSE	RESP.		P	D / B	IR