

*Fondazione Teresa Camplani*

*Relazione Annuale  
Risultati Raggiunti  
Miglioramento Qualità*

2023

Nel corso del 2023, l'Ufficio Qualità Rischio di Fondazione (QRF) presso la Fondazione Teresa Camplani (FTC) ha assistito al cambio del Responsabile Aziendale Qualità (RAQ). Da una consulenza esterna, caratterizzata da una presenza limitata a tre volte al mese, si è transitati a una nuova figura interna, che garantisce una presenza costante all'interno del Servizio.

In aggiunta, a partire dal primo aprile 2023, l'ufficio ha ricevuto l'incarico dalla Direzione Generale per gestire e monitorare i requisiti di accreditamento delle strutture della Fondazione. Questo cambiamento ha comportato una modifica di denominazione dell'ufficio, che è diventato Ufficio Qualità Rischio e Accreditamento di Fondazione (QRAF).

Analogamente all'anno precedente, nel 2023 l'ufficio QRAF ha proseguito nella redazione di Procedure trasversali, al fine di uniformare il Sistema Documentale Aziendale e ha valutato l'implementazione e l'applicazione di tali Procedure nei vari ambiti della FTC, tramite attività di Audit Interni.

Parallelamente, l'Ufficio ha iniziato a occuparsi dell'Accreditamento Istituzionale per garantire il mantenimento dei requisiti assistenziali, come richiesto dalla normativa della Regione Lombardia.

### ***CAMPO DI ATTIVITA'***

<b>Gestione del Sistema Documentale</b>
<b>Gestione degli Audit</b>
<b>Gestione delle Attività di Consulenza</b>
<b>Gestione dei Gruppi di Lavoro</b>
<b>Gestione rete Referenti Qualità Locale (RQL)</b>
<b>Gestione non conformità</b>
<b>Gestione del Rischio</b>
<b>Gestione Accreditamento</b>

#### **1) AREA QUALITA'**

Afferiscono all'Area Qualità:

- ✓ Gestione e Redazione del Sistema Documentale
- ✓ Gestione degli Audit
- ✓ Gestione delle Consulenze
- ✓ Gestione dei Gruppi di Lavoro
- ✓ Gestione Rete RQL Aziendale
- ✓ Gestione Non Conformità

## GESTIONE E REDAZIONE DEL SISTEMA DOCUMENTALE

Nel corso del 2023, l'Ufficio QRAF ha redatto e revisionato procedure trasversali (SDF), oltre ad aver fornito supporto ai Referenti della Qualità Locale (RQL) nella redazione e nella revisione delle procedure relative alle diverse sedi.

Di seguito è riportato uno schema riassuntivo dell'attività svolta, insieme agli schemi dettagliati riguardanti i documenti SDF o specifici delle singole sedi.

PROCEDURE	NUOVE	REVISIONATE
<b>SDF</b>	17	6
<b>Casa di Cura Domus Salutis – Brescia</b>	6	0
<b>Casa di Cura Ancelle della Carità - Cremona</b>	2	2
<b>Casa di Cura San Clemente - Mantova</b>	3	1

DOCUMENTI PUBBLICATI 2023	
SISTEMA DOCUMENTALE DI FONDAZIONE (SDF)	
P-SDF.AF03	<b>GESTIONE TIROCINI FORMATIVI</b>
P-SDF.FARM01	<b>GESTIONE DEL FARMACO IN FARMACIA</b>
P-SDF.01	<b>REDAZIONE E GESTIONE DEL SISTEMA DOCUMENTALE <span style="color: green;">REV01</span></b>
P-SDF06	<b>GESTIONE CARRELLI ZAINI EMERGENZA E DEFIBRILLATORI <span style="color: green;">REV02</span></b>
P-SDF10	<b>GESTIONE DEL SANGUE ED EMOCOMPONENTI</b>
P-SDF12	<b>GESTIONE CARTELLA CLINICA ELETTRONICA <span style="color: green;">REV01</span></b>
P-SDF24	<b>GESTIONE E PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' FORMATIVA <span style="color: green;">REV03</span></b>
P-SDF26	<b>GESTIONE ESECUZIONE TAMPONI LAVORATORI COVID19 <span style="color: green;">REV08</span></b>
P-SDF32	<b>GESTIONE ACCESSO DEI SOGGETTI ESTERNI IN FTC <span style="color: green;">REV08</span> (sospesa)</b>
P-SDF15	<b>GESTIONE E UTILIZZO DISPOSITIVI PROTEZIONE INDIVIDUALE COVID 19 <span style="color: green;">REV02</span></b>
P-SDF15	<b>GESTIONE E UTILIZZO DISPOSITIVI PROTEZIONE INDIVIDUALE COVID 19 <span style="color: green;">REV. 03</span></b>
P-SDF17	<b>GESTIONE CENTRO UNICO PRENOTAZIONI (CUP) <span style="color: green;">REV.01</span></b>
P-SDF40	<b>GESTIONE UTILIZZO AUTOMEZZI AZIENDALI</b>
P-SDF41	<b>GESTIONE PROCESSO DI APPROVVIGIONAMENTO</b>
P-SDF47	<b>GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA</b>
P-SDF48	<b>LINEE INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE DELLE ICA</b>
P-SDF49	<b>PREVENZIONE TRASMISSIONE INFEZIONI E UTILIZZO DPI</b>
P-SDF-50	<b>PREVENZIONE SUICIDIO DEL PAZIENTE IN FTC</b>

P-SDF-51	<b>RILEVAZIONE FABBISOGNO E APPROVVIGIONAMENTO DEI GAS MEDICALI</b>
P-SDF54	<b>BUONI PASTO</b>
P-SDF55	<b>ATTIVITA' UFFICIO TECNICO</b>
P-SDF56	<b>GESTIONE DELLA MANUTENZIONE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI</b>
P-SDF57	<b>PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE RICOVERATO</b>
P-SDF58	<b>GESTIONE SERVIZIO PSICOLOGIA CLINICA E DELL'AREA NEUROPSICOLOGICA</b>
P-SDF59	<b>GESTIONE RICETTARI MEDICI</b>

### DOCUMENTI PUBBLICATI 2023

#### BRESCIA

##### *Sociosanitario*

P-FBSCDOM.01	<b>GESTIONE PAZIENTE NELLE CURE DOMICILIARI</b>
P-FBS.HA04	<b>GESTIONE AROMA TERAPIA E CURE COMPLEMENTARI</b>
P-FBS.HA05	<b>PRESCRIZIONE VERBALE TELEFONICA</b>
P-FBS.HB03	<b>GESTIONE AROMA TERAPIA E CURE COMPLEMENTARI</b>
P-FBSHB04	<b>PRESCRIZIONE VERBALE TELEFONICA</b>
P-FBS.LAB01	<b>ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA QUALITA'</b>

### DOCUMENTI PUBBLICATI 2023

#### CREMONA

P-FCR.AMB01	<b>SERVIZIO POLIAMBULATORIO <b>REV01</b></b>
P-FCR.AMB02	<b>GESTIONE DISINFEZIONE E STERILIZZAZIONE</b>
P-FCR.DIPRIAB01	<b>GESTIONE PERSONA IN CURA DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE <b>REV.02</b></b>
P-FCR.SRRF01	<b>PRESA IN CARICO PERSONA NEL SERVIZIO SRRF</b>

## DOCUMENTI PUBBLICATI 2023

### MANTOVA

<b>P-FMN.LAB01</b>	<b>ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA QUALITA' REV02</b>
<b>P-FMN.BOP02</b>	<b>PREVENIRE LA RITENZIONE DI GARZE STRUMENTI O ALTRO MATERIALE NEL SITO CHIRURGICO</b>
<b>P-FMN.BOP01</b>	<b>GESTIONE PAZIENTE NEL BLOCCO OPERATORIO</b>
<b>P-FMN.DS05.05</b>	<b>MANUALE HACCP</b>

### GESTIONE AUDIT

Il 2023 ha visto l'Ufficio QRAF nell'attività di Audit su tutte le strutture della FTC, avvicinando sempre di più il concetto di Qualità al contesto operativo per valutare il livello di adesione e implementazione delle procedure pubblicate, nonché per individuare eventuali criticità e suggerimenti per miglioramenti.

Di seguito è riportata una tabella riassuntiva dell'attività svolta:

AUDIT	QUANTITA'	
<b>CdC Domus Salutis – Brescia</b>	11	17
<b>CdC Ancelle della Carità - Cremona</b>	4	
<b>CdC San Clemente - Mantova</b>	2	

### GESTIONE DELLE CONSULENZE

L'Ufficio QRAF ha assicurato la sua attività di consulenza sia in presenza che a distanza.

Ha inoltre strutturato incontri come sotto declinati:

- Coordinatori UdO Hospice Domus Salutis (09/01/2023; 12/10/2023)
- Coordinatore Facente Funzioni C-DOM (13/01/2023; 21/03/2023; 10/03/2023; 17/03/2023; 20/04/2023)
- Farmacia (19/01/2023; 27/03/2023; 05/05/2023; 20/06/2023; 21/08/2023)

- Responsabile Area Formazione (31/01/2023; 09/02/2023; 23/03/2023; 28/06/2023; 17/08/2023; 04/09/2023; 11/09/2023; 24/11/2023; 19/12/2023)
- Ufficio Acquisti (11/12/2023)
- Coordinatore Fisioterapisti San Clemente (24/02/2023)
- Responsabile Ufficio Tecnico e Ufficio Tecnico (27/02/2023; 04/07/2023; 12/07/2023; 20/07/2023; 07/08/2023)
- Dietista (02/03/2023; 09/10/2023)
- Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione (04/05/2023)
- Direttori Sanitari di Presidio e Aziendale (10/05/2023; 12/07/2023; 27/07/2023; 26/09/2023; 05/10/2023; 17/10/2023; 28/11/2023; 06/12/2023)
- Neuropsicologa Domus Salutis (08/06/2023)
- Psicologa Domus Salutis (07/06/2023)
- SIT e SITRA (15/12/2023)
- Appocrate Social Media Manager (20/06/2023)
- Coordinatori Infermieristici Domus Salutis (19/07/2023)
- Segreterie di Direzione FTC (18/08/2023; 22/08/2023)
- Medicina del Lavoro FTC (14/09/2023; 19/09/2023)
- Cup Cassa Domus Salutis (11/10/2023)
- Coordinatore UCP-DOM e Responsabile Medico UCP-DOM (22/12/2023)

#### Tabella riassuntiva attività svolta

ATTIVITA'	N.
Incontri strutturati	50

#### GESTIONE DEI GRUPPI DI LAVORO

Il QRAF al fine di redigere le relative procedure, ha partecipato ai seguenti Gruppi di Lavoro:

- ✓ Gruppo di lavoro per redazione della procedura **P-SDF51 Rilevazione Fabbisogno e Approvvigionamento dei Gas Medicali** (27 marzo, 4 maggio, 5 maggio, 20 giugno, 11 luglio, 25 luglio) con Farmacisti di FTC

- ✓ Gruppo di lavoro per redazione della procedura **P-SDF48** *Linee di Indirizzo per la Prevenzione Delle Infezioni Correlate all'assistenza* (5 aprile, 10 maggio, 11 luglio)
- ✓ Gruppo di Lavoro per redazione della procedura **P-SDF56** *Gestione della Manutenzione degli Impianti, Apparecchiature Elettromedicali* (4 luglio, 12 luglio, 20 luglio, 7 agosto)
- ✓ Gruppo di Lavoro per procedura **P-SDF59** *Gestione dei Ricettari Medici SSN* (18 agosto e 22 agosto 2023)
- ✓ Gruppo di lavoro per redazione della procedura **P-SDF44** *Gestione Prevenzione e Valutazione LdP* (26 luglio, 26 ottobre, 30 novembre, 21 dicembre)
- ✓ Gruppo di lavoro per redazione della procedura **P-SDF10** **Gestione del Sangue e Emocomponenti** (19 luglio, 20 luglio, 25 luglio, 27 luglio, 1° agosto incontro SIMT di BS e contatto telefonico con SIMT Cremona e Mantova)

### **GESTIONE RETE RQL AZIENDALI**

L'Ufficio ha proseguito nell'offrire supporto ai Responsabili della Qualità Locale (RQL) nella stesura delle procedure relative alle Unità Operative (UO), ai Servizi e agli Uffici, fornendo consulenze mirate.

Inoltre, ha mantenuto una stretta collaborazione con gli RQL nella pubblicazione delle procedure al fine di promuovere uniformità di comportamenti, contribuendo così al mantenimento di elevati standard di efficacia ed efficienza.

### **GESTIONE NON CONFORMITA'**

Nel corso del 2023, l'Ufficio ha registrato un totale di 7 non conformità. Questo risultato ha sottolineato l'importanza di un obiettivo chiave per il 2024: incoraggiare le Unità Operative (UO), i Servizi e gli Uffici a segnalare le non conformità, intese come comportamenti che si discostano dalle procedure stabilite e che richiedono un'analisi dettagliata per il costante miglioramento della qualità.



Di seguito tabella riassuntiva:

NON CONFORMITA'	QUANTITA'	Azioni correttive intraprese
<b>CdC Domus Salutis – Brescia</b>	6	Sì
<b>CdC Ancelle della Carità - Cremona</b>	0	n/a
<b>CdC San Clemente - Mantova</b>	1	Sì

## 2) GESTIONE DEL RISCHIO

Per quanto riguarda la gestione del rischio l'ufficio QRAF ha provveduto a:

- rispettare e portare a termine la pianificazione annuale di auditing (cfr. sottopunto specifico)
- aggiornare il Piano Pandemico Antiinfluenzale (Panflu)
- redigere e implementare procedure in risposta alle Raccomandazioni Ministeriali sul rischio clinico

### **Aggiornamento Piano Strategico in risposta a una pandemia influenzale (PanFlu)**

Nel dicembre del 2023, il piano strategico-operativo regionale è stato oggetto di revisione e integrazione per la preparazione e la risposta a una pandemia influenzale, noto come PanFlu 2021-2023. Questo documento dettagliato ha delineato le azioni da intraprendere in caso di pandemia al fine di preservare la salute dei pazienti e di tutti coloro che hanno accesso alla Fondazione Teresa Camplani (FTC), garantendo nel contempo la continuità delle attività.

### **Redazione e implementazione procedure rispondenti alle raccomandazioni ministeriali**

**Raccomandazione 2:** “Prevenire la ritenzione di garze strumenti o altro materiale all’interno del sito chirurgico”; → P-FMN.BOP02 Prevenzione della ritenzione di Garze, strumenti o altro materiale 15/09/2023

**Raccomandazione 3:**” Corretta Identificazione dei Pazienti, del Sito Chirurgico e della Procedura”; → Modulo ModFMN.DS04.01 Check List per la sicurezza in sala operatoria

**Raccomandazione 4:** “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”; → P-SDF50 Prevenzione del suicidio del Paziente in FTC 11/07/2023

**Raccomandazione 5:** “Prevenzione reazione trasfusionale da incompatibilità ABO”; → P-SDF10 Gestione Sangue ed Emocomponenti 18/12/2023

**Raccomandazione 7:** “Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica”; P-SDF09 Gestione del Farmaco, Dispositivi Medici e Prodotti Dietetici 23/12/2022

**Raccomandazione 9:** “Prevenzione eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali” (acquisizione da parte del settore competente). → P-SDF56 Gestione Manutenzione Apparecchiature Elettromedicali 18/08/2023

**Raccomandazione 13:** “Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”. P-SDF57 Gestione Cadute 29/06/2023

### 3) ACCREDITAMENTO

Nel contesto dell'accreditamento, l'Ufficio QRAF ha raccolto la documentazione necessaria per ottemperare ai requisiti di accreditamento regionale, oltre a gestire un calendario delle scadenze ad esso relative.

L'Ufficio ha sviluppato un sistema di gestione dell'accreditamento completamente nuovo, che ha comportato la transizione completa dalla documentazione cartacea alla versione digitale, eliminando così la necessità di utilizzare documenti cartacei e garantire maggior accessibilità.

È stata predisposta una cartella di rete denominata “accreditamento” così organizzata:

- Accreditamento Generale FTC
- Accreditamento Domus Salutis Brescia (sanitario/sociosanitario)
- Accreditamento Ancelle Cremona (sanitario/sociosanitario)
- Accreditamento San Clemente Mantova (sanitario)

La cartella di rete “accreditamento” oltre che dai componenti dell'ufficio QRAF, che la gestiscono, è consultabile solo da parte della Direzione Strategica.

Sono state effettuati sopralluoghi da parte delle ATS territorialmente competenti nelle Sedi di FTC che hanno visto impegnato l'ufficio al fianco della Direzione Sanitaria.

Nell'ambito dell'accreditamento sociosanitario, l'Ufficio QRAF ha collaborato attivamente con la Direzione Sanitaria per il processo di riaccreditamento del Servizio Domiciliare, precedentemente noto come Assistenza domiciliare integrata (ADI), ora rinominato Cure Domiciliari (C-DOM).

### **OBIETTIVI 2024**

Per l'anno 2024, l'Ufficio QRAF al fine di migliorare costantemente l'applicazione degli strumenti della Qualità, del Rischio e dell'Accreditamento si è posto i seguenti obiettivi:

- organizzare incontri periodici con gli RQL al fine di potenziare la diffusione della cultura della Qualità;
- informare e formare tutto il personale sulle procedure che hanno un impatto strategico trasversale, tramite incontri formativi della durata di due ore ciascuno, intitolati "Procedure che passione";
- condurre un'analisi sulle cadute dei Pazienti Ricoverati;
- sensibilizzare tutti gli Operatori alla segnalazione delle non conformità/utilizzo piattaforma incident reporting;
- implementare e perfezionare il sistema dematerializzato di gestione dell'accreditamento.
- Supporto alle Direzioni Sanitarie per la documentazione necessaria alla riclassificazione del Servizio Unico di Laboratorio Analisi.

### **Tabella di sintesi attività svolte**

Di seguito tabella di sintesi delle attività svolte dall'Ufficio Qualità Rischio e Accreditamento nel raggiungimento dei risultati di miglioramento della Qualità:

Diffusione a tutti gli operatori della cultura della Qualità	Sensibilizzazione a tutti gli operatori alla sicurezza del Paziente	Garantire Consulenze interne alle UUOO/Servizi
Supporto alle UUOO/Servizi per il raggiungimento obiettivi di qualità	Predisposizione Piano Annuale di audit interni	Implementazione di azioni di miglioramento dell'Ufficio QRF
Redazione e aggiornamento di Procedure	Analisi della letteratura scientifica e EBM	Supporto e collaborazione con il Risk Manager
Collaborazione con il CIO per lotta infezioni ospedaliere	Implementazione di strumenti di gestione del rischio (es. RCA)	Accreditamento

Responsabile Aziendale Qualità (RAQ)  
Dott.ssa Maristella Demicheli

18 aprile 2024

