

*Fondazione Teresa Camplani*

*Relazione Annuale  
Risultati Raggiunti  
Miglioramento Qualità*

2022

Nell'anno 2022 l'attività dell'Ufficio Qualità e Rischio di Fondazione Teresa Camplani è stata principalmente orientata all'uniformare e redigere il Sistema Documentale Aziendale e a valutare l'implementazione delle Procedure redatte, attraverso l'attività di Audit Interni.

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



## GESTIONE E REDAZIONE DEL SISTEMA DOCUMENTALE

PROCEDURE	QUANTITA'	REVISIONI
<b>SDF</b>	17	15
<b>Casa di Cura Domus Salutis – Brescia</b>	16	3
<b>Casa di Cura Ancelle della Carità - Cremona</b>	2	2
<b>Casa di Cura San Clemente - Mantova</b>	4	2

DOCUMENTI PUBBLICATI 2022	
SISTEMA DOCUMENTALE DI FONDAZIONE (SDF)	
P-SDF04	GESTIONE DEL CONSENSO INFORMATO <b>REV.02</b>
P-SDF06	GESTIONE CARRELLI ZAINI EMERGENZA E DEFIBRILLATORI
P-SDF06	GESTIONE CARRELLI ZAINI EMERGENZA E DEFIBRILLATORI <b>REV.01</b>
P-SDF07	GESTIONE RICOVERO PAZIENTE COVID 19 NEGATIVO E ACCESSO VISITATORI CAREGIVER <b>REV02</b>
P-SDF08	PREVENZIONE E GESTIONE ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI
P-SDF09	GESTIONE DEL FARMACO, DISPOSITIVI MEDICI E PRODOTTI DIETETICI
P-SDF12	GESTIONE CARTELLA CLINICA ELETTRONICA
P-SDF13	GESTIONE RIFIUTI <b>REV02</b>
P-SDF13	GESTIONE RIFIUTI <b>REV03</b>
P-SDF15	GESTIONE E UTILIZZO DISPOSITIVI PROTEZIONE INDIVIDUALE COVID 19 <b>REV02</b>
P-SDF15	GESTIONE E UTILIZZO DISPOSITIVI PROTEZIONE INDIVIDUALE COVID 19 <b>REV. 03</b>
P-SDF17	GESTIONE CENTRO UNICO PRENOTAZIONI (CUP)
P-SDF17	GESTIONE CENTRO UNICO PRENOTAZIONI (CUP) <b>REV.01</b>
P-SDF18	GESTIONE ACCETTAZIONE PRESTAZIONI AMBULATORIALI (CASSA)
P-SDF24	GESTIONE PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' FORMATIVA <b>REV.01</b>
P-SDF26	GESTIONE ESECUZIONE TAMPONI LAVORATORI PER DIAGNOSI COVID 19 <b>REV.05</b>
P-SDF26	GESTIONE ESECUZIONE TAMPONI LAVORATORI PER DIAGNOSI COVID 19 <b>REV.06</b>
P-SDF29	GESTIONE DEL PAZIENTE NEL SERVIZIO SOCIALE
P-SDF32	GESTIONE ACCESSO DEI SOGGETTI ESTERNI IN FTC <b>REV.05</b>
P-SDF32	GESTIONE ACCESSO DEI SOGGETTI ESTERNI IN FTC <b>REV.06</b>
P-SDF32	GESTIONE ACCESSO DEI SOGGETTI ESTERNI IN FTC <b>REV.07</b>
P-SDF38	GESTIONE ACCETTAZIONE DI DONAZIONI DI BENI MOBILI
P-SDF39	GESTIONE MAC RIABILITATIVA

P-SDF.AF01	<b>GESTIONE DOCUMENTALE AREA FORMAZIONE</b>
P-SDF.AF01	<b>GESTIONE DOCUMENTALE AREA FORMAZIONE REV.01</b>
P-SDF.QRF01	<b>ATTIVITÀ DEL SERVIZIO QRF</b>
P-SDF.QRF02	<b>GESTIONE SISTEMA DOCUMENTALE</b>
P-SDF.QRF03	<b>GESTIONE DEGLI AUDIT</b>
P-SDF-QRF04	<b>GESTIONE DEI GRUPPI DI LAVORO</b>
P-SDF42	<b>GESTIONE SERVIZIO SITRA</b>
P-SDF43	<b>GESTIONE NEOASSUNTO PROFESSIONI SANITARIE E DI SUPPORTO</b>
P-SDF46	<b>GESTIONE PRESA IN CARICO PAZIENTE FUORI REGIONE IN UDO HOSPICE</b>

## DOCUMENTI PUBBLICATI 2022

### BRESCIA

P-FBS.CARD01	<b>GESTIONE DEL PZ IN RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA</b>
P-FBS.HA01	<b>GESTIONE DEL PAZIENTE IN CURE PALLIATIVE HOSPICE A</b>
P-FBS.HA01	<b>GESTIONE DEL PAZIENTE IN CURE PALLIATIVE HOSPICE REV.01</b>
P-FBS.1F01	<b>GESTIONE DEL PAZIENTE IN RIABILITAZIONE</b>
P-FBS.HB01	<b>GESTIONE DEL PAZIENTE IN CURE PALLIATIVE HOSPICE B</b>
P-FBS.HB01	<b>GESTIONE DEL PAZIENTE IN CURE PALLIATIVE HOSPICE B REV.01</b>
P-FBS.HA03	<b>CURE PALLIATIVE PRECOCI SIMULTANEE (CPPS)</b>
P-FBS.HA02	<b>REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONI GENERALI CURE PALLIATIVE HOSPICE UDA</b>
P-FBS.HB02	<b>REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONI GENERALI CURE PALLIATIVE HOSPICE UDB</b>
P-FBS.2F01	<b>GESTIONE DEL PAZIENTE IN PNEUMOLOGIA RIABILITATIVA</b>
P-FBS.2D01	<b>GESTIONE DEL PAZIENTE IN RIABILITAZIONE SPECIALISTICA NEUROLOGICA</b>
P-FBS.SFPR01	<b>GESTIONE DEL PAZIENTE NEL SERVIZIO DI FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA</b>
P-FBS.AMB01	<b>GESTIONE DEL PAZIENTE NEL SERVIZIO AMBULATORIALE</b>
P-FBS.AMB01	<b>GESTIONE DEL PAZIENTE NEL SERVIZIO AMBULATORIALE REV.01</b>
P-FBS.LOG01	<b>GESTIONE PAZIENTE SERVIZIO LOGOPEDIA</b>
P-FBS.LOG02	<b>GESTIONE DEGLI AUSILI PER L'ALIMENTAZIONE</b>

<b>P-FBS.SRRF01</b>	<b>GESTIONE DEL PAZIENTE NEL SERVIZIO DI RECUPERO RIEDUCAZIONE FUNZIONALE</b>
<b>P-FBS.2D02</b>	<b>BOWEL MANAGEMENT</b>
<b>P-FBS.SFPR01</b>	<b>GESTIONE DEL PAZIENTE NEL SERVIZIO DI FISIOPATOLOGIA RESPI- RATORIA</b>

### DOCUMENTI PUBBLICATI 2022

#### CREMONA

<b>P-FCR.DIPRIAB01</b>	<b>GESTIONE DELLA PERSONA IN CURA NEL DIP DI RIABILITAZIONE</b>
<b>P-FCR.DIPRIAB01</b>	<b>GESTIONE DELLA PERSONA IN CURA NEL DIP DI RIABILITAZIONE <b>REV01</b></b>
<b>P-FCR.H01</b>	<b>GESTIONE DEL PAZIENTE IN CURE PALLIATIVE</b>
<b>P-FCR.H01</b>	<b>GESTIONE DEL PAZIENTE IN CURE PALLIATIVE <b>REV.01</b></b>

### DOCUMENTI PUBBLICATI 2022

#### MANTOVA

<b>P-FMN.LAB01</b>	<b>ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA QUALITA' <b>REV01</b></b>
<b>P-MN.ORT01</b>	<b>GESTIONE DEL PAZIENTE IN UO ORTOPEDIA <b>REV01</b></b>
<b>P-FMN.SRRF01</b>	<b>GESTIONE DEL PAZIENTE NEL SERVIZIO RRF</b>
<b>P-FMN.MED01</b>	<b>GESTIONE DEL PAZIENTE NELL'UO DI MEDICINA</b>
<b>P-FMN.CGE01</b>	<b>GESTIONE DEL PAZIENTE IN UO CHIRURGIA</b>
<b>P-FMN.MED02</b>	<b>GESTIONE MAC</b>

### GESTIONE DEGLI AUDIT

AUDIT	QUANTITA'	
<b>CdC Domus Salutis – Brescia</b>	6	15
<b>CdC Ancelle della Carità - Cremona</b>	3	
<b>CdC San Clemente - Mantova</b>	6	

L'anno 2022 ha rappresentato l'occasione per l'Ufficio QRF di implementare l'attività di Audit su tutta la FTC. Questo ha permesso di osservare sul campo il grado di recepimento e applicazione delle procedure pubblicate, la presenza di eventuali criticità e spunti di miglioramento.

È nata così l'esigenza di predisporre una procedura specifica in supporto all'attività di Audit (P-SDFQRF03 Gestione degli Audit) e pianificare l'attività per l'anno 2023.

## **GESTIONE DELLE CONSULENZE**

A partire dal mese di Febbraio 2021, l'Ufficio si è adoperato per essere di supporto alle varie Unità Operative (UUOO), Servizi e Uffici di FTC, con attività di consulenza, sia telefonica che in presenza, (incontri tenutisi direttamente in Ufficio).

Tra gli incontri più "strutturati" in presenza:

- Coordinatore Servizio Recupero Rieducazione Funzionale (21/01/2022; 23/03/2022; 29/03/2022; 04/05/2022; 06/07/2022; 12/09/2022)
- Direttore Sanitario (24/01/2022; 28/01/2022)
- Coordinatore Servizio Fisiopatologia Respiratoria (25/01/2022)
- Coordinatrice Riabilitazione Cardiologica CdC Domus Salutis (02/02/2022)
- Coordinatrice Poliambulatori CdC Domus Salutis (03/02/2022; 10/02/2022; 04/03/2022; 16/03/2022; 07/09/2022; 14/11/2022)
- Responsabile Area Formazione (04/02/2022; 07/02/2022; 08/02/2022, 10/02/2022)
- Assistente Sociale (04/02/2022)
- Servizio Infermieristico Tecnico CdC Domus Salutis (10/02/2022; 17/06/2022; 10/08/2022)
- Coordinatore Hospice A CdC Domus Salutis (14/02/2022; 02/03/2022; 01/07/2022; 12/12/2022)
- Medico Riabilitazione Specialistica Polifunzionale (16/02/2022; 24/10/2022)
- Responsabile Area Formazione (21/02/2022; 09/05/2022; 22/07/2022; 01/08/2022)
- Coordinatrice Riabilitazione Neurologica (24/02/2022; 08/03/2022; 26/05/2022)
- Coordinatrice Riabilitazione Specialistica (24/02/2022)
- Responsabile Ufficio Tecnico CdC Domus Salutis (01/03/2022; 09/08/2022)
- RQL Cup (01/03/2022)

- Medicina del Lavoro (03/03/2022; 25/05/2022)
- Responsabile di Laboratorio (04/03/2022; 01/06/2022)
- RSPP (10/03/2022; 27/07/2022; 22/09/2022; 04/10/2022)
- Responsabile Ufficio Affari Legali e Generali (11/03/2022; 01/08/2022)
- Direzione Sanitaria (08/04/2022; 20/04/2022; 17/05/2022; 17/06/2022; 20/06/2022; 08/07/2022; 11/08/2022; 05/10/2022)
- Coordinatore Fisiopatologia Respiratoria (23/03/2022)
- Responsabile Riabilitazione Neurologica CdC Domus Salutis (26/05/2022)
- Comunità Nuova Genesi (08/06/2022)
- Coordinatrice Riabilitazione Neurogeriatrica (07/07/2022)
- Cup Cassa (19/07/2022)
- Coordinatrice Adi (05/09/2022; 19/09/2022; 24/10/2022; 05/11/2022; 02/12/2022)
- Farmacia (26/10/2022; 28/10/2022; 04/11/2022; 08/11/2022; 10/11/2022; 02/12/2022; 13/12/2022)

ATTIVITA'	N.
Consulenze	76

## GESTIONE DEI GRUPPI DI LAVORO

Il QRF ha partecipato ai seguenti Gruppi di Lavoro, dopo averli istituiti e convocati:

- Gruppo di lavoro per Lesioni da Pressione
- Gruppo di lavoro per redazione Procedura Farmaco
- Gruppo di lavoro per aggiornamento procedura gestione carrelli zaini emergenza e defibrillatori

## GESTIONE RETE RQL AZIENDALI

Per quanto riguarda la gestione degli RQL Aziendali, l'Ufficio ha continuato l'attività di supporto nella redazione delle procedure di UO/Servizio, attraverso l'erogazione di consulenze.

Ha inoltre garantito la propria presenza sul campo attraverso le attività di audit, viste come occasione di incontro e confronto, atte a garantire un Sistema Documentale appropriato.

Ha costantemente condiviso con gli RQL la pubblicazione di Procedure ad impatto trasversale, per garantire l'uniformità di comportamenti nell'ottica del mantenimento di un alto livello di efficacia ed efficienza.

## **GESTIONE NON CONFORMITA'/INCIDENT**

L'Ufficio, coinvolto dal 2021, tramite l'invio di mail, nella Gestione delle Non Conformità e nella Gestione delle segnalazioni di Incident ha raccolto un numero totale di 10 non conformità.

Complice la maggiore consapevolezza da parte di alcune delle Unità Operative/Servizi/Uffici che l'Ufficio QRF è preposto alla Gestione della Qualità e del Rischio Aziendale.

<b>NON CONFORMITA'</b>	<b>QUANTITA'</b>	<b>Azioni correttive intraprese</b>
<b>CdC Domus Salutis – Brescia</b>	2	Sì
<b>CdC Ancelle della Carità - Cremona</b>	0	n/a
<b>CdC San Clemente - Mantova</b>	8	Sì

Sono inoltre state effettuate n.2 Root Causes Analysis per il presidio di Mantova.

## **GESTIONE DEL RISCHIO**

### **Contenimento della pandemia da SaRS CoV-2**

Gli interventi di Gestione del Rischio per l'anno 2022 sono stati finalizzati principalmente al contenimento della pandemia da Sars-CoV2 per la quarta e quinta ondata

Le azioni intraprese hanno trovato applicazione in tutte e tre le Sedi della FTC, la Direzione Strategica, il Risk Manager e la Responsabile Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo (SITRA) Aziendale e l'Ufficio Qualità e Rischio di Fondazione (QRF), sono risultati essere i collettori tra i tre Presidi, di una medesima realtà.

Le Responsabilità dell'applicazione delle varie indicazioni operative, derivanti dall' Organizzazione Mondiale Sanità (OMS), dal Ministero della Salute, dalla Regione Lombardia, dall'Agenzia di Tutela della Salute (ATS), dall'Associazione Religiosa Istituti Sociosanitari (Aris) e delle decisioni interne, sono state e sono in capo alla Direzione Strategica, al Risk Manager, alla Responsabile SITRA Aziendale e alla responsabile RSPP e per quanto di competenza, anche a tutto il personale di FTC.



- Implementazione di misure organizzative nel contenimento della pandemia
- Revisione e aggiornamento di Procedure nel contenimento della pandemia:
  - Accesso dei visitatori
  - Dispositivi di Protezione Individuale
  - Gestione dei corsi di formazione in presenza
  - Gestione dei tamponi covid19
  - Rilevazione temperatura corporea dei lavoratori
  - Gestione accesso dei soggetti esterni
  - Gestione paziente in isolamento covid19
- Partecipazione alla campagna Vaccinale Covid 19

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

Nel mese di Luglio 2022 è stato redatto, un piano strategico-operativo di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023).

Lo scopo del Piano Pandemico Influenzale (Pan-Flu) è stato quello di pianificare e preparare un modello organizzativo che contribuisse a mitigare il rischio e l'impatto di una pandemia influenzale e per gestire la risposta e la conseguente ripresa delle normali attività.

Il documento redatto ha descritto le misure da adottare in caso di pandemia, per tutelare la salute dei pazienti e dei soggetti che a vario titolo accedono in Fondazione Teresa Camplani (FTC) e garantire la continuazione delle attività.

### **Redazione Piano Operativo Pandemico**

L'Ufficio QRF ha inoltre redatto il Piano Operativo Pandemico al fine di pianificare e preparare un modello organizzativo che contribuisse a mitigare il rischio e l'impatto di una pandemia e per gestire la risposta e la conseguente ripresa delle normali attività. Esso ha permesso di:

- Identificare, confermare e descrivere rapidamente casi di patologie causate da nuovi sottotipi virali, in modo da riconoscere tempestivamente l'inizio della pandemia;
- Minimizzare il rischio di trasmissione e limitare la morbosità e la mortalità dovute alla pandemia;
- Ridurre l'impatto della pandemia sui Servizi Sanitari e Sociali e assicurare il mantenimento dei servizi essenziali;

- Assicurare un'adeguata formazione del personale coinvolto nella risposta pandemica;
- Garantire informazioni aggiornate e tempestive;
- Monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi.

Tabella di sintesi attività svolte dall'Ufficio Qualità e Rischio e dei risultati raggiunti nel miglioramento della Qualità:

Diffusione a tutti gli operatori della cultura della Qualità	Sensibilizzazione a tutti gli operatori alla sicurezza del paziente	Garantite 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)	

La relazione annuale dei risultati di miglioramento della Qualità, viene redatta entro il primo trimestre dell'anno successivo a quello di riferimento e, successivamente diffusa sia all'esterno che all'interno della FTC, attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale e nello spazio intranet aziendale

2 Febbraio 2023

Firma Responsabile Aziendale Qualità (RAQ)

